81.

22500450491

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION
Library

# REVUE

DES

# SCIENCES MÉDICALES

## EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

# REVUE

DES

# SCIENCES MÉDICALES

## EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

**GEORGES HAYEM**

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

P. BERGER
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : Dr A. CARTAZ.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, BARTH, J. BEX, BRINON (DE), R. CALMETTES, CAMPENON, CARRIÈRE, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, G. DECAISNE, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, GALLIARD GARNIER, GIRAUDEAU, GOUGUENHEIM, GRANCHER, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHFF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, LELOIR, H. LEROUX, MATHIEU, MERKLEN, MOSSÉ, ŒTTINGER, OZENNE, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, REMY, J. RENAUT, RICHELOT, RICKLIN, SANTI (DE), SCHWARTZ, F. TERRIER, THOMAS, THORENS, A. TROUSSEAU, C. ZUBER.

DOUZIÈME ANNÉE

TOME XXIII

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1884

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

| Coll. | WelMOmec |
| --- | --- |
| Coll. No. | |
| | |
| | |
| | |
| | |

# SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXIII

## ANATOMIE.

Moelle épinière, *Birge*, 1. — Vaisseaux de la moelle, *Adamkiewicz*, 2. — Cellules nerveuses, *Freud*, 3. — Nerfs du cœur, *Openchowski*, 4. — Nerfs du larynx, *Mandelstamm*, *Weinzweig*, 5. — Nerfs de la paupière, *Mises*, 7. — Nerfs ciliaires, *Gruenhagen*; nerfs optiques, *Parinaud*; rétine, *Dogiel*, 8. — Cristallin, *Becker*; système lymphatique, *Sappey*, 9. — Circulation des doigts, *Bourceret*; sang, *Renaut*, 10. — Péricrâne, *Martini*, 11. — Vertèbres lombaires, *Holl*, 12. — Foie, *Barfurth*, 14; *Sabourin*, 15. — Canal intestinal, *Baginsky*, 15. — Ovaire, *Harz*, 16.

## PHYSIOLOGIE.

Système nerveux, cerveau, moelle, *Exner*, 18; *Goltz*, *Schift*, 19. — Cervelet, *Bechterew*, 21. — Bulbe de l'aorte, *Engelmann*, *Hartog*, *Verhoeff*, 23 — Excitation du cœur, *Löwit*, 24; *Luchsinger*, 25. — Vaso-moteurs, *Dastre*, *Morat*; leucocytes du sang, *Schmidt*, 26. — Respiration, *Heynsius*, 27; *Talma*, 29; *Gréhant*, *Speck*, 31. — Contractions musculaires, *Jolly*, *Rouget*, 32. — Élasticité des muscles, *Rouget*; nerfs des vaisseaux, *Lewaschew*, 33. — Fécondation, *Pflüger*, 35. — Azoospermie, *Busch*; menstruation, *Leopold*; sueur, *Aubert*, 38. — Respiration par le nez, *Paulsen*, 39. — Peptone, *Seegen*; appendices pyloriques, *Blanchard*, 40.

## CHIMIE MÉDICALE.

Manuel, *Sutton*, *Méhu*, 41. — Lait, *Uffelmann*, 42. — Albumine du protoplasma, *Baumann*, *Loew*, 44. — Peptone, *Pœhl*, 45. — Alcool dans le cerveau, *Knipper*; lécithine, *Hundeshagen*, 47. — Thyroïde, *Bubnow*; hémoglobine, *Henninger*, 48. — Acide urique, *Colasanti*; pigments biliaires, *Capranica*; ptomaines, *Pœhl*, 49. — Fermentation de la cellulose, *Tappeiner*, 50. — Liquide amniotique, *Mourson*, *Schlagdenhauffen*; urine des malades qui ingèrent la térébenthine, *Vetlesen*, 51. — Mélanurie, *Zeller*; ascite, *Hoffmann*, 52; *Runeberg*, 53.

## PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Fièvre, *Finkler*, 54. — Suppuration, *Councilmann*; infection des plaies, *Rosenbach*, 57. — Bactérie photométrique, *Engelmann*, 58. — Valeur des antiseptiques, *Marcus*, *Pinet*, 60; *Miquel*, 61. — Air raréfié, *Fraenkel*, *Geppert*, 62. — Compression de la moelle, *Kahler*; élongation des nerfs, *Minoir*, 63. — Lésions nervo-vasculaires, *Lewaschew*; résorption des séquestres, *Lannelongue*, *Vignal*, 64. — Reproduction des os, *Bajardi*, 65. — Réparation des muscles, *Perroncito*, *Edinger*, 66. — Lésions du cœur, *Franck*; œdème, *Lankowski*, 67. — Albuminurie, *Semmola*; kystes hydatiques, *Kirmisson*; effets du chloral dans l'oreille, *Vulpian*, *Schulz*, 68. — Insufflation de l'intestin, *Ziemssen*, 70.

## TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Quinine, cinchonine, *Testory*, *Soulier*, *Simon*, *Douvreleur*, *Laborde*, *Bochefontaine*, 71; *Marcus*, *Coninck*, 74. — Caféine, *Fubbini*, *Ottolenghi*; nicotine, *Rouget*, 74. — Saponine, *Lhomme*; ergotine, *Prochownick*, 75. — Aconitine, *Harnack*, *Mennicke*, 76. — Kairine, *Queirolo*, *Hoffer*, *Drasche*, 78; *Merkel*, 79; *Guttmann*, *Riess*, *Knipping*, 80; *Girat*, 81; *Golouboff*, 82; *Aguilar y Lara*, 83. — Adonis, *Bubnoff*, 83. — Senecio, *Guillouet*, 84. — Paraldéhyde, *Morselli*; varaires, *Urpar*, 85; *Pécholier*, *Redier*, 86. — Manganèse, molybdène, *Luchsinger*, *Marti*, *Mory*, 87. — Sels de sodium, *Petrone*; excrétion d'acide urique, *Cook*, 88. — Eau oxygénée, *Colasanti*, *Capranica*, 89. — Urine toxique, *Bocci*, 90. — Empoisonnements : par le plomb, *Wyss*, 90; par la digitale, *Martin*, 91; par le laudanum et l'atropine, *Brouardel*, *Boutmy*, 92; épidémie d'ergotisme, *Menche*, 93.

## THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la fièvre typhoïde, *Boiteux*, *Flint*, *Rousseau*, *Glénard*, *Chapuis*, *Dumontpallier*, *Unverricht*, *Glaeser*, *Struempell*, 94; *Vulpian*, *Rabeau*, *Desplats*, *Sorel*, 99; *Maquart*, *Cènas*, *Desplats*, *Duboué*, *Jelenski*, *Bruger*, *Ehrlich*, *Durand*, 102; *Warfvinge*, *Dumas*, *Curet*, 106. — Fièvre jaune, *Sabucedo*; diphtérie, *Kohts*, *Asch*, 107. — Bains dans la variole, *Pécholier*, 108. — Traitement de la pneumonie, *Bary*, *Brugnatelli*, 109. — Gavage, *Debove*, *Dujardin-Beaumetz*, *Ballet*, *Robin*, *Broca*, *Amanieux*, 110. — Respirateur *Féris*; hystérie, *Mitchell*, 114. — Chorée, *Mosler*; spasmes musculaires, *Dubrueil*, 115. — Tétanos, *Ameden*; sels de nickel, *Da Costa*, 116. — Convallaria, *Desplats*, *Durieux*; évonymine, *Conil*, 117. — Lobelia, *Fourrier*; paralysie infantile, *Petrone*, 118. — Paraldéhyde, *Peretti*, 119. — Quinoline, *Brieger*, *Hiller*, *de la Harpe*, *Koch*, 120. — Glycérine, *Tisné*; fer et arsenic, *Willcocks*, 121.

## PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Fièvre typhoïde : *Colin*, *Friot*, *Féréol*, *Alison*, *Baelde*, *Andt*, *Fraser*, *Wagner*, *Corre*, *Gordon*, *Heusner*, 122; *Arnould*, *Collie*, *Davies*, *Fosbroke*, *Baraduc*, *Butter*, *Hortsmann*, *Heusinger*, *Gibert*, *Lallemant*, *Poincaré*, *de Cérenville*, *Nicolas*, *Bertillon*, *Wernich*, *Janssens*, 128; *Siredey*, *Stedman*, *Grellety*, *Simon*, *Parrot*, *Neurisse*, *Hutinel*, *Battle*, *Meunier*, *Spitz*, *Brothier*, *Malherbe*, *Pluyaud*, *Lemaigre*, *Geffroy*, *Chauffard*, *Zaeslein*, 139; *Byers*, *Grigg*, *Sorel*, *Darène*, *Vaisson*, *Derignac*, *Duguet*, *Lebrun*, *Chauffard*, *Lépine*, *Girard*, *Merklen*, *Didion*, *Homburger*, *Weiss*, *Guyot*, *Luquet*, *Sadrain*, *Mirabel*, *Robin*, *Fernet*, *Gral*, *Rousseau*, *Vibert*, *Asch*, *Henoch*, *de la Harpe*, 149; *Vulpian*, *Carrieu*, *Ollivier*, 160; *Maragliano*, 161; *Servolles*, 162.

Maladies de l'estomac : *Duplay*, *Hanot*, *Carrington*, *Quincke*, *Ebstein*, *Leube*, *Bernheim*, *Schmitt*, *Naunyn*, *Leyden*, *Osler*, *Eloy*, *Tansini*, *Litten*, *Hauser*, *Zenker*, *Eross*, *Wertheimber*, *Cornillon*, 163.

Hystérie, névroses : *Rosenthal*, *Langer*, *Féré*, *Huchard*, *Mills*, *M'Dowall*, *Deniau*, *Debove*, *Sevestre*, *Mossé*, *Pinard*, 172; *Tamburini*, *Seppilli*, *Edwards*, *Pollak*, *Kirchoff*, *Bernhardt*, *Grocco*, *Bianchi*, *Pribram*, *Vernicke*, *Neftel*, 181; *Mollière*, *Kuester*, *Zeller*, *Riegel*, *Lichtheim*, *Fleisch*, *Eulenburg*, *Mendel*, *Karewski*, 188; *Huchard*, *Gautier*, *Saundby*, *Remak*, *Ozenne*, *Weiss*, 192; *Ballet*, *Marie*, *Westphal*, *Schœnfeld*, *Struempell*, *Longuet*, 196; *Seppilli*, 200.

## OBSTÉTRIQUE.

Diamètres du bassin, *Küstner*, 201. — Inclinaison du bassin, *Prochownick*, 202. — Forceps, *Winckel*, 203. — Durée de l'accouchement, *Zumpe*, 204. — Tête dernière, *Freudenberg*, 205. — Retroversion utérine, *Spanton*, 206. — Délivrance, *Ribemont*, 207. — Épidémies puerpérales, *Maygrier*, 209. — Antisepsie, *Bar*, 210. — Iodoforme en obstétrique, *Mann*, *Bayer*, 211. — Ruptures utérines, *Coutagne*, 212; *Maurer*, 213; *Henricius*, 214. — Placenta prævia, *Klotz*, 214. — Grossesse gémellaire, *Fraenkel*, 215. — Grossesse extra-utérine, *Loehlein*, *Zweifel*, *Gusserow*, *Martin*, *Holz*, *Heard*, *Barbour*, *Thatcher*, *de Brun*, *Dœnitz*, *Litzmann*, 216. — Opération césarienne, *Sänger Fochier*, *Guichard*, *Ehrendörfer*, *Fehling*, *Rumpe*, *Benner*, 225.

## MALADIES VÉNÉRIENNES.

Bactéries syphilitiques, *Birch-Hirschfeld*, 229. — Syphilis héréditaire, *Blaise*, *Abadie*, 231. — Syphilis cérébrale, *Baumgarten*, 232; *Troisier*, *Millard*, 233; *Mackenzie*, *Seeligmüller*, 234. — Syphilis pulmonaire, *Sokolowsky*, 235; *Giraudeau*, 236. — Syphilis héréditaire buccale, *Noquet*, 237. — Gommes linguales, *Lloyd*; syphilis articulaire, *Falkson*, 238. — Condylome anal, *Lermoyez*, 239. — Signification des filaments uréthraux, *Fürbringer*, 240. — Blennorragie, *Martin*, *Axford*, 241.

## ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Pathologie de l'esprit, *Maudsley*, 242. — Manuel, *Bra*, 243. — Hystérie, *Repéré*, 243; *Bourneville*, *Bonnaire*, 244. — Onanisme, *Zambaco*; épilepsie, *Le Gendre*, 244. — Hallucinations, *Parant*, *Gaultier*, 245. — Délire, *Taguet*; folie communiquée, *Marandon*, 246. — Paralysie générale, *Cullerre*, *Duterque*, 247; *Buccola*, *Baillarger*, 248. — Paralysie agitante, *Ball*; dipsomanie, *Lasègue*, 249. — Délirium, *Robin*; crétinisme, *Verdan*, 250; *Ball*, 251. — Guérison des aliénés, *Guillemin*, 252.

## PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

Leçons, *Berne*, 252. — Orthopédie, *de Saint-Germain*, 254.

Antiseptiques : *Lucas-Championnière*, *Sabatier*, 255; *Gosselin*, *Laborde*, *Bœckel*, *Kocher*, *Bruns*, *Leisrink*, *Tripier*, *Verneuil*, *Jannin*, *Sejournet*, *Weber*, *Thomas*, *Berry*, *Weir*, *Gluck*, 256; *Poinsot*, *Gross*, *Weibel*, *Burckhardt*, *Després*, 261; *Bert*, *Regnard*, *Péan*, *Baldy*, *Nicaise*, *Larrivé*, *Lister*, *Busch*, *Siegen*, *Schulz*, *Repond*, *Popoff*, *Butschik*, *Fischer*, *Rydygier*, *Bonning*, *Diakonoff*, *Ranke*, 266; *Le Bon*, *Lediard*, *Faught*, *Fox*, *Kocher*, *Riedel*, *Bergmann*, *Hirschsohn*, *Mielck*, *Leisrink*, *Neuber*, *Gaffky*, *Prahl*, *Walcher*, *Hagedorn*, *Fischer*, 271.

Entrée de l'air dans les veines, *Courvoisier*, 281. — Élongation des nerfs, *Omboni*, 282; *Longuet*, *Mouchet*, *Lemaistre*, *Blum*, 283. — Sarcome du sciatique, *Bardeleben*, 286. — Tétanos, *Wallace*, 287; *Karg*, 288. — Tumeurs du crâne, *Langenbeck*, *Kuester*, *Henck*, 290. — Tumeurs du sein : *Leisrink*, *Stukowenkoff*, *Szuman*, *Snow*, *Henry*, *Korteweg*, *Torok*, *Wittelshoffer*, *Gross*, *Després*, *Kirmisson*, *Poirier*, *Notta*, 295; *Thomas*, *Kuester*, 300. — Corps étranger de l'œsophage, *Fillot*, 302.

Hernies : *Duret*, *Ramonède*, *Trélat*, *Monod*, *Anger*, *Sury-Bienz*, *Busch*, *Bolling*, *Bruggisser*, *Jomini*, 303; *Pimblet*, *Polchen*, *Hasselwander*, *Schmid*

*Berger, Parker*, 312; *Schmidt, Fleury, Dupont, Pujos, Sourier, Paris, Finkelstein, Krasowski, Kollschewski, Woloschkewitsch, Lew*, 317; *Bouilly, Assaky, Barette, Polosson, Bergmann, Koerte, Heiman, Julliard, Roggenbau, Rydygier, Hahn, Israel, Langenbuch, Bardeleben, Mensel, Maurer, Prati, Richelot, Lindenbaum, Riedel, Petit*, 321; *Segond, Braun, Dupont, de Mestral, Schwalbe, Leisrink, Sonnenburg, Whitson, Cianciosi, Reverdin, Krukenberg*, 337.

Exstrophie vésicale, *Berger*, 344.

## OPHTALMOLOGIE.

Myopie, *Hunt*, 345; *Derby*; ostéome de l'orbite, *Imre*, 346. — Tuberculose oculaire, *Milligan*, 347. — Ophtalmie purulente, *Terrier, Goldscheider*, 348; *Escalais*, 349. — Dacryocystite, *Tartuferi*, 349. — Kératite, *Mayerhausen, Couzon*; kératite diabétique, *Coundouris*, 350. — Glaucome, *Tartuferi*, 351; *Heyl, Ertaud, Little*, 352. — Cataracte, *Hirschler, Dimmer*, 353; *Bartlett*, 354. — Décollement de la rétine, *Mittendorf, Wolfe*, 355. — Cancer de la choroïde, *Hirschberg, Schoeler, Uhthoff*, 355. — Corps étrangers, *Frœlich*; amaurose, *Bernède*, 358. — Plaie par arme à feu, *Mandelstamm*, 359. — Iodoforme en oculistique, *Landesberg*, 360. — Strabisme, de Wecker; jequirity, *Carette*, 360.

## RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES,

Page 361.

# SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXIII

## ANATOMIE.

Cerveau, *Bumm*, *Mendel*, *Wernicke*, 401; *Kowalesky*, 402; *His*, *Kusmin*, 403. — Nerfs, *Dastre*, *Morat*, *Lannegrace*, *Forgues*, 404. — Muscles, *Ciaccio*, *Martin*, 406; *Maubrac*, 407. — Sang, *Laker*, 408. — Rachis, *Planteau*, *Pfitzner*, 409. — Cornée, *Hœne*, 410. — Cristallin, *Falchi*; canal aortique, *Thoma*, 411. — Poumon, *René*; lèvre, *Wertheimer*, 412. — Epithélium intestinal, *Renaut*, 413. — Rate, *Phisalix*; rein, *Bouillot*; vessie, *Wutz*, 414. — Testicule, *Barrois*, 415. — Anatomie du nègre, *Giacomini*, 416. — Technique, *Steinbrügge*, 416; *Della Torre*, 417.

## PHYSIOLOGIE.

Excitation des centres nerveux, *Luciani*, 417; *Wintschgau*, *Harmann*, *Iselin*, *Waitmann*, 418. — Muscle, *Bergonié*, 419. — Excitabilité musculaire, *Richet*, *Waller*, 420; *Mendelsshon Marey*, 421. — Muscles intercostaux, *Lukjanow*, 422. — Production de chaleur, *Danilewski*; régulation de la température, *Fredericq*, 423. — Cœur et respiration, *Ewald*, *Kobert*, *Fredericq*, 425; *Reyer*, 426; *Laffont*, 427. — Perméabilité du poumon, *Ewald*, *Kobert*; muscles du larynx, *Martel*, *Hooper*, 428. — Sueurs locales, *Beaudère*; glandes de la langue, *Biedermann*, 430. — Production de l'urée, *Hugounencq*, 431. — Circulation rénale, *Cohnheim*, *Roy*, 432; *Ribbert*, *Setschenow*, 434. — Sécrétion biliaire, *Baldi*; rumination, *Kœrner*, 434. — Sécrétion gastrique, *Edinger*, 435. — Osmose, *Rogeczy*, 436; *Doumerc*, 437. — Acide carbonique de l'air, *Muntz*, *Aubin* 438.

## TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Antiseptiques, *Sternberg*, 439. — Mercuriaux, *Blarez*, 440. — Chlorure de baryum, *Ringer*, *Sainsbury*; alcalins, *Lewinschew*, *Klikowitsch*, 441. — Bromure de potassium, *Schulze*; élimination de l'alcool, *Bodlander*, 443. — Aconit, *Laborde*, *Duquesnel*, 434. — Résorcine, *Giliberti*; tabac, *Guinier*, 445. — Absorption cutanée, *Ritter*, 446. — Quinine, *Arntz*; morphine, *Schrœder*, 447. — Iodoforme, *Harnack*, *Gruendler*, 449. — Antagonisme des poisons, *Langley*, *Ringer*, 451. — Action toxique de la salive, *Griffini*, 453. — Empoisonnements: Oxyde de carbone, *Gréhant*, *Quinquaud*; chloral, *Kirn*, 453; iode, *Dumontier*; chlorate de potasse, *Brouardel*, *Lhote*, *Riess*, *Brœsicke*, *Schadewald*, *Mering*, 455. — Mercure, *Arnozan*, *Vaillard*, 458; *Nicol*, *Neukirch*, 459; *M'Phédran*, *Popoff*, 460. — Cytise, *Biggs*, *Robinson*, *Sinclair*, 461.

## THÉRAPEUTIQUE.

Manuel, *Bourneville*, *Bricon* ; injections intra-veineuses, *Miglioranza*, 461. — Injections de fer, *Glæwecke*, 462.— Injections de quinine, *Hoffmann*, 464. — Traitement thermal et grossesse, *Caulet*, *Belugou*, *Queirel*, 465. — Pression sanguine après le bain, *Lehmann*, 466. — Bains froids dans la pneumonie, *Gignoux*, *Chambard-Henon*, *Day*, 467. — Onctions par des corps gras, *Colrat*, 468. — Inhalations d'acide carbonique, *Dupont*, *Parkin*; inhalations d'iodoforme, *Sormani*, 469; *Rummo*, 470. — Hyoscine *Fraentzel*; salicylate dans le rhumatisme, *Baumler*, 471; *Quilam*, 472. — Traitement de la diphtérie, *Hiller*, *Schæffer*, *Ewald*, *Poullet*, 472. — Traitement des maladies d'estomac, *Leube*, 473. — Diarrhée de Cochinchine, *Féris*, *Giraud*; ascite, *Flint*, 474. — Eau oxygénée, *Baldy*; kairine, *Freymuth*, *Pœlchen*, 475; *Riess*, 476. — Jaborandi, *de Renzi*, *Rummo*; convallaria, *Coze*, *Simon*, 477; *Maragliano*, 478; cannabine, *Pusinelli*, 478.

## PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Leçons, *Lancereaux*, 479. — Traité de la dyssenterie, *Bérenger-Féraud*, 480.

Géographie médicale : *Nielly*, *Féris*, *Bourru*, *d'Abbadie*, *Corre*, *Bertrand*, *Treille*, *Roehard*, *Brediam*, *Laboulbène*, 481; *Orgeas*, *Overbeck de Meijer*, *Bohéas*, *Guiol*, *Sollan*, *Hamon-Dufougeray*, *Monin*, *Guérard de la Quesnerie*, *Talairach*, *Vincent*, *Dupouy*, 488.

Maladies du cœur, *Rosenbach*, *Macdonald*, *Partzweski*, *West*, *Kast*, *Hayem*, *Gilbert*, *Mendiondo*, *Steavenson*, 493; *Paul*, *Sée*, *Peter*, *Martin*, *Mauwerck*, *Féré*, *Duroziez*, *Neukirch*, *Russelt*, *Balfour*, *Sawyer*, *Lépine*, *Eger*, *Mathieu*, *Leyden*, *Mosler*, *Boy*, 496; *Weill*, *Finny*, *Dippe*, *Eskridge*, *Greves*, *Duroziez*, *Tillinger*, *O'Hara*, *Legg*, *Fournier*, *Gulliver*, *Kealing*, 503; *Eskridge*, *Duroziez*, *Ruault*, *Gripat*, *Rivals*, *Drasche*, *Truc*, *Teissier*, 507; *Destureaux*, *Morel*, *Rendu*, *Barié*, *Fabre*, *Duroziez*, *Moore*, *Colomiati*, *Mac Lead*, *Rinsema*, *Grant*, *West*, 511; *Ebstein*, *Lépine*, *Chauveau*, *Prœbsting*, *Yeo*, *Cardarelli*, *Uskow*, *Lassègue*, *Popoff*, *Lukjanow*, *Martinet*, 516; *Guttmann*, *Legendre*, *Bœgehold*, *Busch*, *Kœster*, *Lane*, *Pramberger*, *Lewin*, *Pennel*, *Buman*, *Mollière*, *Zemblinoff*, *Sommerbrodt*, *Osler*, *Langer*, 522.

Goitre exophtalmique : *Rendu*, *Legg*, *Marie*, *Ballet*, *Story*, *Cardarelli*, *Daubresse*, *Mobius*, *Pepper*, *Gros*, 529.

Tuberculose : *Sée*, *Sauvage*, *Cochez*, *Siredey*, *Ziehl*, *Prior*, *Petri*, *Frisch*, *Heisler*, *Gessler*, *Chiari*, *Fraentzel*, *Rütimeyer*, *Neelsen*, *Eschle*, *Smith*, *Schuchardt*, *Krause*, *Bouilly*, *Kangler*, *Guttmann*, *Cornil*, *Babès*, *Spina*, 533; *Baumgarten*, *Raymond*, *Arthaud*, *Veraguth*, *Siedamgrotsky*, *Mosler*, *Kussner*, *Damsch*, *Falchi*, *Tappeiner*, *Ribbert*, *Weigert*, 546; *Lindmann*, *Landouzy*, *Martin*, *Bonome*, *Heiberg*, *Demme*, *Debove*, 557; *Parrot*, *Martin*, *Falk*, *Bidder*, *Mauwerck*, 563.

Cancer de l'estomac, *Wolf*; cancer du pancréas, *Zietl*, 567. — Maladie d'Addison, *Goodhart*, 568. — Coma cancéreux, *Jaksch*, 569. — Cancer de la rate, *Gaucher*, 570. — Frottement xyphoïdien, *Galvagni*, 571.

## GYNÉCOLOGIE.

Élongation du col, *Rabenau*, 571. — Atrophie utérine, *Frömmel*, 571.— Inversion utérine, *Denucé*, 574. — Déplacements utérins, *Alexander*, 575. — Trachélorraphie, *Baer*, 576. — Fibromes utérins, *Rœhrig*, 577. — Ovarioto-

mie, hystérotomie : *Fraenkel*, *Mears*, *Malins*, *Pedrini*, *Terrier*, *Carter*, *Storry*, *Lutton*, *Pincus*, *Prochownick*, *Thomas*, *Heilbrun*, *Homans*, 581; *Leopold*, *Rose*, *Meadows*, *Thornton*, *Ebner*, *Riedinger*, *Mikulicz*, *Queirel*, *Walter*, *Sänger*, *Brendet*, *Engström*, *Vecchi*, *Duvelius*, 588. — Utérus bifide, *Henderson*; hémorragies utérines, *Lopez*, 597. — Tamponnement, *Leisrink*; ruptures du périnée, *Warren*, 598.

## OBSTÉTRIQUE.

Bassin, *Balandin*, 598. — Durée de la grossesse, *Veit*, 599. — Accouchements chez les primipares âgées, *Rumpe*, 600. — Nœuds du cordon, *Heeker*; hémorragies, *Moore*, 601. — Néphrite gravidique, *Flaischlen*, 602. — Vaccination intra-utérine, *Behm*; lait utérin, *Hoffmann*, 604. — Forceps, *Poullet*, 605. — Curette tranchante, *Sternefeld*, 608. — Cranioclaste, *Fritsch*, 609. — Dilatation vulvaire, *Dumas*, 610. — Placenta prævia, *Tramer*, *Jungbluth*, 611. — Maladies puerpérales, *Siredey*, 612; *Thomas*, 614. — Opération césarienne : *Chalot*, *Heusner*, *Kabierske*, *Richardson*, 615. — Grossesse extra-utérine, *Welponer*, *Zillner*, 617; *Brendel*, *Grœdel*, *Leopold*, 618. — Plaie de l'utérus gravide, *Baer*, 619.

## MALADIES DES ENFANTS.

Leçons, *Roger*, 620; *Descroizilles*, 622; *Ellis*, 623. — Coqueluche, *Moncorvo*, 623; Pneumonie, *Silbermann*, 624. — Empyème, *Hobson*, 625. — Rougeole, *Keating*; gastrectasie, *Moncorvo*, 626. — Ictère, *Hofmeier*, 627. — Paludisme, *Leroux*, *Verneuil*, 628. — Rachitisme, *Guéniot*; gangrène, *Southey*, 629. — Choléra, *Baginsky*; leucémie, *Senator*, 630. — Céphalématome, *Tordeus*; hémiplégie, *Cartaz*, *Turner*, 631; fractures de cuisse, *Jacubasch*, *Kuemmell*, *Henke*, 632. — Kystes du sacrum, *Sonnenburg*, 633. — Lipome, *Schuchardt*; tumeurs malignes, *Picot*, 634.

## DERMATOLOGIE.

Lepré, *Lortet*, *Rollet*, *Campana*, 635; *Müller*, 636. — Granulome, *Nachter*, 636. — Erythrasma, *Balzer*, 637. — Pachydermie, *Charpentier*, 638. — Lymphangiome, *Lange*; kératinisation, *Luchard*, 639. — Cancroïde, *Blum*, *Duval*, 640. — Lupus, *Vidal*; *Besnier*, 641; *Morris*, *Hume*, 642. — Xérodermie, *Vidal*, 643. — Prurigo, *Morison*; Teignes, *Massay*, *Cramoisy*, 645. — Lichen, *Kœbner*, 646. — Plique, *Le Page*, 647. — Glossophytie, *Pasquier*; érythèmes médicamenteux, *Wesener*, *Kern*, 648.

## MALADIES VÉNÉRIENNES.

Leçons, *Mauriac*, 649. — Syphilis héréditaire, *Doyen*, 650. — Syphilis cérébrale, *Manchon*; diabète syph., *Phillips*; syph. des scrofuleux, *Ramonat*, 651. — Syph. rénale, *Negel*, 652. — Dactylite syph., *Khalden*; syph. articulaire, *Defontaine*, *Ranguedat*, 653. — Sarcocèle syph., *Rohmer*, 654. — Gour-

mes de la verge, *Ozenne*; œdème chancreux, *Varaillon*, 655. — Acide pyrogallique contre les chancres, *Bottey*, *Brocq*, 656. — Médication thermale dans la syph.. *Japhet*, *Deligny*, *Fraiche*, *Ferras*, *Royer*, *Duhourcau*, *Delavarenne*, *Bordès-Pagès*, *Pigot*, *Doyon*, *Sénac-Lagrange*, 656. — Blennorragie, *Eschbaum*, 658; *Hamonic*, 659.

## PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

Gastrostomie, entérotomie : *Tillaux*, *Berger*, *Faucon*, *Lucas-Championnière*, *Labbé*, *Horteloup*, *Larger*, *Le Fort*, *Mayol*, *Sée*, *Gross*, *Butlin*, *Knie*, *Kitajewsky*, *Studsgaard*, *Bryant*, *Green*, *Kocher*, *Rupprecht*, *Schanborn*, *Girard*, 560; *Rose*, *Holmes*, *Bergmann*, 669; *Marie*, *Mikulicz*, *Krœnlein*, *Tillmanns*, *Hahn*, *Lauestein*, *Socin*, *Kocher*, *Hacker*, *Maurer*, *Wœlfler*, *Fischer*, *Courvoisier*, *Rydygier*, 673; *Kocher*, *Bouilly*, *Berger*, *Etter*, 684; *Morgan*, *Bouilly*, *Roser*, *Smith*, *Ferraresi*, *Pohl*, *Gronau*, *Voigt*, *Halstead*, *Gillette*, *Parkes*, *Rose*, *Heusinger*, *Kulenkampff*, *Clos*, *Lingen*, 687; *Polaillon*, *Gautier*, *Berger*, 695; *Wölfler*, *Partsch*, *Kompe*, *Hohenhausen*, *Treves*, *Bryant*, *Maydl*, 697.

Goitre, *Julliard*, 701; *Rapin*, *Lombard*, 702; *Kocher*, 703; *Liebrecht*, 704. — Ponction des cavernes, *Bull*, 704. — Plaie du cou, *Jennie*; plaie des veines, *Pilcher*, 705. — Plaies artérielles, *Kuester*, 706. — Sarcome du crâne, *Pauly*, 707.— Evidement de la moelle, *Kuester*; cheiloplastie, *Imbert*, 708. — Scarlatine, *Konetschke*, 709; *Batut* 710. — Résection, *Ollier*, 710. — Températures articulaires, *Redard*, 711. — Myosite, *Kümmell*, 712. — Hernies musculaires, *Nimier* 715. — Pustule maligne, *Richet*; fibrome palmaire, *Busch*, 716.

## OPHTALMOLOGIE.

Hygiène, *Sous*, 717. — Myopie, *Reich*; pression oculaire, *Hœltzke*, 718. — Nutrition de la cornée, *Ehrlich*, *Schœrer*, *Uhthoff*, *Denissenko*, 719. — Action de l'électricité sur l'œil, *Tscherbatscheff*, *Gysi*, *Emmert*, 722. — *Gillet de Grandmont*, 723. — Héméralopie, *Pflüger*, 723. — Malformations, *Burchardt*, *Pflüger*, *Hirschberg*, 724. Ophtalmie purulente, *Hecker*, *Felsenreich*, 725; *Schirmer*, 726; *Credé*, *Fürst*, *Haidlem*, 727; *Haab*, 729. — Conjonctivite, *Reich*; tuberculose oculaire, *Falchi*, 729. — Artère hyaloïdienne, *Hersing*; rétinite syphilitique, *Dehenne*; décollement rétinien, *Stilling*, *Grossmann*, 731. — Aimant, *Launcelot*; jéquirity, *Sattler*, *Bardet*, *Chisalh*, 732. — Mydriatique, *Emmert*, 733.

## MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Toux nasale, *Mackenzie*; polypes du nez, *Mackenzie*, *Jacquin*, *Jacobi*, 734. — Papillome nasal, *Hopmann*, 735. — Diphtérie nasale, *de Blois*; hyperémie pharyngée, *Rossbach*, 736. — Abcès pharyngiens, *Martin*, *Lewandowsky*, *Stooss*, 737. — Cancer de l'amygdale, *Lucas*, 738. — Dysphagie, *Weinlechner*; cancer du pharynx, *Israel*; troubles vocaux, *Langmaid*, 739. — Spasmes laryngés, *Liégeois*, *M'Maun*, *Jonquière*, 740. — Paralysies laryngées, *Schech*, 741. — Fistules du larynx, *Lefferts*, *Thornton*, 742. — Ossification de l'aryténoïde, *Wagner*; bride laryngée, *Wagner*, 743. — Kyste du larynx, *Krakauer*; rétrécissement du larynx, *Secretan*, *Chiari*, 744. — Tu-

meurs du larynx, *Semon ;* fracture du larynx, *Oliver*, 746. — Corps étrangers, *Bruce*, *Weir*, 747. — Auscultation auriculaire, *Gellé*, 748. — Surdité, *Sexton*, *Weill*, 749; *Voltolini*, 750. — Surdité par oreillons, *Seitz*, *Bürkner*, *Thiry*, *Seligsohn*, *Calmettes*, *Moure*, 750; *Lemoine*, *Lannois*, 752. — Vertige, *M'Bride* ; Otites, *Bürkner*, 753 ; *Moos*, *Wolf*, 754 ; *Steinbrügge*, *Bürkner*, 755.

## HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Armées en campagne, *Rawlinson*, 755. — Mortalité dans l'armée, *Sormani*, 757. — Pansement en campagne, *Nicolai* 758. — Ambulances, *Dauvé*, *du Vernois*, 761. — Brancardiers, *Korting*; fièvre typhoïde en Tunisie, *Czernicki*, 762. — Pneumonies, *Knœvenagel*, 764. Oreillons, *Delmas*, 764; *Mahéo*, 765. — Courbature, *Lubanski ;* Béribéri, 766.

## RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES,

Page 767.

# REVUE

DES

# SCIENCES MÉDICALES

## EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.


BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

## ANATOMIE.

**Die Zahl der Nervenfasern und der motorischen Ganglienzellen im Rückenmark des Frosches (Nombre des filets nerveux et des cellules motrices ganglionnaires dans la moelle épinière de la grenouille), par A. BIRGE** (*Archiv für Anatomie und Physiologie phys. Abth., p.* 435; 1882).

Considérant que la grenouille est l'animal type pour l'étude de la physiologie nerveuse, l'auteur a pensé que les constantes numériques de son système nerveux offriraient un intérêt particulier. Il s'est proposé de compter les filets nerveux des racines antérieures, les cellules ganglionnaires motrices de la moelle épinière et de déterminer le rapport de ces nombres ; puis de répéter la même opération pour les filets sensitifs et les troncs nerveux. Indépendamment de l'intérêt que présentent les valeurs absolues, leur comparaison conduit à des résultats dignes d'être notés :

1° Le nombre des cellules ganglionnaires des cornes antérieures est égal au nombre des filets nerveux des racines antérieures : chaque cellule nerveuse correspond ainsi à un filet moteur.

2° D'une manière générale on peut affirmer qu'il existe dans une section médullaire, faite au niveau d'une racine, autant de cellules qu'il y a de fibres dans la racine.

Lorsqu'un individu a une irrégularité dans la distribution des filets aux racines, il y a une irrégularité correspondante dans la distribution des cellules. Il est vraisemblable, d'après cela, que les cellules ganglionnaires qui correspondent à un faisceau nerveux sont voisines du point de pénétration de ce faisceau dans la moelle.

3° Le nombre des filets, ainsi que le nombre des cellules, varie avec le poids de l'animal, c'est-à-dire avec son âge : à partir d'une certaine valeur minime qui caractérise les petites grenouilles, l'augmentation du nombre des cellules et des fibres est proportionnelle à l'augmentation du poids de l'animal. De là deux conséquences : c'est d'abord qu'il se forme ou se développe constamment de nouvelles cellules et de nouvelles fibres

et, en second lieu, qu'il existe un rapport constant entre le poids de la musculature et le nombre des éléments nerveux.

4° Le nombre des filets sensitifs est, chez une grenouille déterminée, un peu plus grand que le nombre des filets moteurs.

5° Le nombre total des filets contenus dans les deux racines est égal au nombre des filets du nerf mixte en amont du ganglion spinal. L'interposition du ganglion n'a donc pas pour conséquence une augmentation ou une diminution du nombre des filets sensitifs. DASTRE.

**Die Blutgefässe des menschlichen Rückenmarkes (Les vaisseaux sanguins de la moelle de l'homme), par A. ADAMKIEWICZ** (*Sitzungsb. der kaiserl. Akad. der Wiss., Wien, p.* 101; 1882).

Dans ce mémoire, l'auteur s'occupe spécialement de la surface de la moelle. Après avoir examiné brièvement les données anciennes de la science et signalé les travaux plus récents de Henle, Duret, Hannover et Krause, l'auteur indique la manière dont il a procédé aux injections vasculaires. Il examine d'abord la distribution des artères et s'occupe, en premier lieu, du domaine des artères vertébrales, examinant à part les artères vertébro-spinales antérieures et les vertébro-spinales postérieures. Les premières fournissent les artères du sillon et les artères radiculaires; les autres donnent les artères pénétrantes et anastomotiques postérieures, les artères radiculaires communes et postérieures et les rameaux anastomotiques interradiculaires. En second lieu, il décrit les artères spinales antérieures et postérieures : les premières donnant naissance à l'artère grande spinale et à l'anastomose spinale antérieure ; les postérieures fournissant les anastomoses latérales, postérieures et interradiculaires. La seconde partie du travail est consacrée à la circulation veineuse. L'étude se divise encore en veines de la région antérieure et veines de la région postérieure. Les premières se composent, d'une part, de la veine spinale médiane antérieure avec ses branches spinales antérieures et grandes spinales antérieures et, d'autre part, des veines spinales latérales antérieures.— Pour la partie postérieure, il y a à distinguer la veine spinale médiane postérieure d'une part avec ses branches grandes spinales postérieures et d'autre part des veines spinales latérales postérieures avec les branches spinales postérieures.

La 3e partie est consacrée à l'étude des capillaires.— Ce travail, accompagné de 5 planches, ne se prête pas à une analyse détaillée ; cependant l'auteur tire de ses recherches une conclusion générale susceptible d'être résumée, relativement aux conditions physiologiques de la circulation médullaire. Deux faits se présentent d'une manière frappante : c'est d'abord la grande richesse vasculaire de la surface médullaire et en second lieu le nombre et l'importance des anastomoses qui font communiquer librement les artères et les veines de la surface de la moelle. Les conséquences en sont évidentes : l'imprégnation sanguine est assurée et abondante.

La facilité des communications est telle qu'elle peut parer aux altérations locales qui pourraient se produire en un point du réseau. Cette facilité des dérivations superficielles est en rapport avec le rôle conducteur de la substance blanche : elle ne se retrouve pas au même degré dans

les parties profondes, c'est-à-dire dans la substance grise. C'est dans le milieu de la moelle thoracique que ces anastomoses sont le moins riches; aussi s'explique-t-on que cette région soit précisément celle qui est le plus exposée aux processus myélitiques. DASTRE.

**Ueber den Bau der Nervenfasern und Nervenzellen beim Flusskrebs (Sur la structure des fibres et des cellules nerveuses chez l'écrevisse), par Sigm. FREUD** (*Sitzungsb. der kaiserl. Akad. der Wiss., Wien, p.* 9 ; 1882).

L'auteur s'est proposé une étude de la constitution intime du tissu nerveux faite sur les éléments frais et vivants : il a choisi l'écrevisse à cause de la grosseur, de la facilité de dissociation des éléments et de l'avantage que l'on a de les examiner dans le liquide sanguin transparent. Il a observé des aspects qui diffèrent des descriptions données par divers auteurs et qui présentent des particularités attribuables à l'état de vitalité du tissu. On a exprimé les avis les plus différents relativement à la structure des fibres nerveuses. On leur a décrit une paroi mince, élastique, multinucléolée et un contenu que les uns regardent comme homogène et granuleux (Helmholtz, 1842; Kriger, 1879; Hœckel, 1856; Hannover, 1844; Owsjannikow, 1861; Lemoine, 1868; Yung, 1879; d'autres, au contraire, ont adopté l'opinion de Remak qui assimile le contenu de la fibre nerveuse au cylindre-axe des nerfs des vertébrés, composé de faisceaux fibrillaires (Remak, 1844; Waldeyer, 1863; Leydig, 1853; Walter, 1863). Les premiers attribuent à l'artifice des réactifs la structure fibrillaire quelquefois observée, et c'est à cette opinion que s'est rangé Huxley dans sa monographie de l'écrevisse.

L'observation des micrographes s'est portée surtout sur les grosses fibres, appelées par quelques-uns fibres colossales. — L'auteur conclut de ses recherches nouvelles que tous ces filets nerveux sont formés en réalité de fibrilles rectilignes, extrêmement, mais inégalement fragiles, plongées dans une substance homogène.

Pour les cellules nerveuses, même désaccord. Quelques histologistes ont décrit une paroi à zones concentriques (Remak, Walter, Dietl, 1878; Krieger); d'autres, comme Waldeyer et Yung, ont contredit cette assertion. — Les observations nouvelles de Freud l'amènent à cette conclusion : Les cellules nerveuses du cerveau et de la chaîne ganglionnaire sont formées de deux substances : l'une réticulée qui se prolonge avec les fibrilles des filets nerveux, l'autre homogène continue avec la substance intermédiaire homogène qui baigne les fibrilles nerveuses. Le noyau se compose d'une masse homogène, mal séparée du corps cellulaire dans lequel on aperçoit des formations de divers aspects et de consistance variée. Ces corpuscules se déplacent et varient de forme, ce qui démontre l'état de survie de l'élément ; quant àl a structure intime de la cellule nerveuse, elle n'a rien de spécifique qui puisse la distinguer de toute autre cellule vivante.

Freud insiste sur le caractère général de ces observations qui s'étendent à d'autres animaux qu'à l'écrevisse. On a décrit aussi souvent comme fibrillaire comme homogène la structure des fibres nerveuses. Waldeyer regarde comme générale la composition fibrillaire du cylindre-axe chez tous les invertébrés. H. Schultze (1879) est arrivé à la même

conclusion. Hermann, 1875, et Solbrig, 1872, ont soutenu une opinion contraire. Il arrive, en effet, que dans quelques parties, par exemple dans le nerf optique et dans les nerfs cérébraux de l'écrevisse, les fibres ne sont plus distinctes et isolables, mais paraissent homogènes : en réalité, la structure est fibrillaire ; on y trouve les fibrilles primitives que l'on peut en conséquence regarder comme les éléments derniers du tissu nerveux. Les mêmes difficultés se sont présentées à propos des fibres de Remak des vertébrés, que M. Schultze regarde comme composées de fibrilles, tandis que d'autres n'y voient que des granulations, que l'activité fonctionnelle disposerait sériellement (H.-D. Schmidt et Arndt, 1874, 1879). D'autre part, Fleischl, 1874, et Boll, 1877, se sont élevés contre la composition fibrillaire du cylindre-axe, et le regardent comme un liquide coagulable.

Quant aux cellules nerveuses, en général, on y a décrit à diverses reprises les deux substances observées chez l'écrevisse. Buchholz, 1863, les a reconnues chez les mollusques d'eau douce ; Fleischl, 1870, les a distinguées dans le ganglion de Gasser de la grenouille : Schwalbe (1868) a observé une disposition concentrique dans les cellules des ganglions spinaux des vertébrés. Le même fait a été observé chez les invertébrés par Leydig, Walter, Dietl, Boll, H. Schultze, Schwalbe. L'auteur conclut des observations de ce dernier auteur et des siennes propres que les voies conductrices isolées dans le filet nerveux se réunissent dans la cellule et s'y confondent. DASTRE.

**Beitrag zur Kenntniss der Nervenendigungen im Herzen (Contribution à la connaissance des terminaisons nerveuses dans le cœur), par OPENCHOWSKI** (*Archiv f. mikrosk. Anat., vol. XXII, n° 3, p.* 408-419).

C'est en laissant séjourner plusieurs semaines dans la glycérine acidulée avec l'acide formique et dans l'obscurité des pièces déjà préparées par la méthode de l'or que l'auteur a pu obtenir des résultats précis sur cette question difficile.

L'auteur, sur une centaine de préparations à l'or, n'a presque rencontré que des cellules unipolaires. Il a trouvé des cellules qui semblaient avoir un prolongement spiral, mais il doute de sa nature nerveuse. On rencontre des cellules ganglionnaires dans le 1/4 supérieur du ventricule, rien dans les 3/4 inférieurs.— Sur la grenouille, le triton et le lézard, il existe un plexus fondamental, décrit par Gerlach, si riche qu'aucune partie de la musculature n'en est dépourvue. Les fibres à myéline des nerfs vagues arrivent jusqu'à ce plexus, mais perdent à une certaine distance leur myéline et accompagnent les fibres de Remak sans s'y anastomoser. Aux angles des mailles de ce plexus sont des amas de substance nerveuse sans noyau.

Du plexus fondamental partent des filaments terminaux qui vont directement aux cellules musculaires où elles se terminent par des renflements, des nodules terminaux, correspondant aux taches motrices de Ranvier. Chaque cellule a sa terminaison, le noyau de la cellule n'a aucun rapport avec le nerf. L'innervation du cœur ressemble donc à celle d'un muscle lisse. C. REMY.

**I. — Studien über Innervation und Atrophie der Kehlkopfmuskeln (Études sur l'innervation et l'atrophie des muscles du larynx), par B. MANDELSTAMM** (*Sitzungsb. der kaiserl. Akad. der Wiss., Wien, p.* 83; 1882).

**II. — Zur Anatomie der Kehlkopfnerven (Anatomie des nerfs du larynx), par E. WEINZWEIG** (*Sitzungsb. der kais. Akad. der Wiss., Band LXXXVI, p.* 33).

I. — Longet, Volkmann et Reid ont pensé que les nerfs récurrents animaient tous les muscles du larynx à l'exception des muscles cricothyroïdiens : ceux-ci seraient innervés par le nerf laryngé supérieur.

Joh. Müller a étendu le rôle du laryngé supérieur et récemment Türck (1868) a prétendu que le muscle cricothyroïdien était seulement innervé par ce nerf : qu'il ne recevait du récurrent que des filets trophiques.

Navratil (1871) a contesté récemment l'innervation du muscle cricothyroïdien par le laryngé supérieur ; Riegel regarde la question comme indécise ; Schech (1873) et G. Schmidt (1873) la tranchent dans le sens de l'innervation unique par le laryngé supérieur.

Pour l'interaryténoïdien, son innervation a été rapportée aux nerfs récurrents ; cependant Ziemssen, Mackensie et d'autres attribuent une part au laryngé supérieur, en s'appuyant sur des faits cliniques. Luschka (1871) prétend que les branches nerveuses ne font que traverser le muscle pour aller se distribuer à la muqueuse. Si l'on excite les nerfs laryngés chez l'animal vivant et qu'on observe les mouvements produits, on aura un premier moyen de trancher la question. Un autre moyen consiste à examiner dans les autopsies les atrophies des muscles et les lésions des nerfs correspondantes. Enfin, l'on peut sectionner certaines branches nerveuses et observer les altérations de la voix et les déformations consécutives de la glotte. Les observations cliniques faites avec le laryngoscope permettent d'apercevoir les changements dans la contraction de l'interaryténoïdien, parce que ses mouvements sont plus isolés et plus indépendants que ceux des autres muscles du larynx. L'auteur a eu recours à la section d'un nerf récurrent, d'un nerf laryngé, ou des deux nerfs récurrents, et l'animal ayant survécu, il a recherché les atrophies correspondant à ces opérations. Les résultats ont été contrôlés par des excitations des nerfs laryngés. Les opérations ont été pratiquées sur des lapins. La section du nerf récurrent gauche a provoqué une diminution de volume et une atrophie du crico-aryténoïdien postérieur gauche sans changement du cricothyroïdien. Le microscope révèle une altération du crico-aryténoïdien latéral et du thyro-aryténoïdien. Le muscle interaryténoïdien s'est toujours montré normal.

La section du nerf laryngé supérieur a laissé intact le muscle cricothyroïdien. Les expériences et les recherches anatomiques rapprochées de ces épreuves amènent l'auteur à conclure que : le nerf laryngé supérieur préside pour la plus grande part à l'innervation du cricothyroïdien, mais les autres nerfs laryngés du même côté et du côté opposé et peut-être aussi le nerf récurrent du même côté, participent à cette innervation. La section du laryngé et du récurrent d'un côté n'amenant aucune altération de l'interaryténoïdien, il en faut conclure que ce muscle tire

indifféremment son innervation des nerfs des deux côtés, de telle sorte qu'une hémi-section n'a pas d'influence sur ses fibres. En résumé, les crico-aryténoïdiens postérieurs et latéraux et le thyro-aryténoïdien sont innervés pour la plus grande part par le récurrent ; l'interaryténoïdien et le cricothyroïdien ont une innervation mixte.

II. — Mandelstamm a récemment étudié les nerfs du larynx chez le cochon d'Inde et montré qu'un certain nombre de faisceaux nerveux passent d'un côté à l'autre en traversant la ligne médiane, spécialement à la face postérieure de l'organe. L'auteur a recherché s'il existait chez l'homme une disposition analogue et il l'a retrouvée : de plus, il a signalé quelques faits intéressants. La muqueuse d'un larynx humain est isolée, disposée entre deux porte-objets et placée ainsi dans la solution alcaline. Après quelques jours, le tissu conjonctif est complètement dissous et les filets nerveux peuvent être suivis à la loupe. Lorsque la préparation est bonne, on peut même l'examiner au microscope, dans la glycérine. L'examen a porté surtout sur la paroi postérieure de la muqueuse du larynx, qui recouvre la surface antérieure du muscle transverse, des cartilages aryténoïde et cricoïde. On aperçoit immédiatement dans l'espace qui sépare les deux cartilages aryténoïdes un nerf qui, descendu de la partie supérieure, décrit une courbe concave vers le bas d'où partent des ramifications. Ce nerf est visible à l'œil nu. On doit admettre que c'est là un nerf double formé pour moitié d'un rameau droit et d'un rameau gauche. Un second nerf remonte de la partie inférieure vers la partie supérieure et s'y divise en deux branches, composées également de filets droits et gauches. Des rameaux de ces nerfs passent, en général, d'un côté à l'autre. Il est difficile de remonter à l'origine réelle de ces nerfs à cause de l'entre-croisement des filets aux points d'anastomose. Longet fait sortir ces nerfs (troncs médians) du laryngé supérieur ; Luschka considère le laryngé supérieur (à l'exception de son rameau externe) comme un nerf sensitif et le laryngé inférieur comme exclusivement moteur ; récemment on a admis que ce dernier nerf avait aussi des fonctions sensitives pour le larynx. Henle déclare qu'il est difficile de voir si les branches musculaires n'abandonnent pas des rameaux sensitifs à la muqueuse, et si les branches sensitives ne laissent pas de rameaux musculaires. Les faits physiologiques et pathologiques concordent pour attribuer l'innervation de la muqueuse laryngée aux nerfs laryngés supérieur et inférieur. Weinzweig pense que le tronc médian supérieur décrit par lui tout à l'heure est une branche du rameau interne du nerf laryngé supérieur qui a traversé les muscles interaryténoïdiens pour gagner la muqueuse. Quant au tronc médian inférieur, l'auteur l'a suivi sur le larynx du bœuf, et l'a vu sortir du récurrent. Ainsi ces deux nerfs médians sont les représentants des deux nerfs laryngés. Quant au passage des filets d'un côté à l'autre, il se retrouve dans d'autres régions. Kohts (1874) a montré qu'il en était de même pour les ramifications du vague dans les bronches ; de telle sorte que l'irritation de la bronche droite provoque encore la toux laryngienne, lors même que le vague droit a été coupé. DASTRE.

**Ueber die Nerven der menschlichen Augenlieder (Sur les nerfs de la paupière chez l'homme), par von MISES** (*Sitzungsb. der kaiserl. Akad. der Wiss., p.* 172; *Wien,* 1882).

Il y a dans la littérature peu de recherches sur ce sujet. Moll (1857) a signalé des nerfs nombreux dont il n'a pu suivre le trajet. Les troncs principaux sont signalés dans les ouvrages de Hyrtl et Henle, mais leurs divisions ne sont suffisamment décrites ni par Kölliker, ni par Frey, ni par Stricker et Toldt. Merkel et Waldeyer (1874) ont donné des détails plus étendus. Quant aux terminaisons dans la conjonctive, elles ont été décrites par Krause, Arnold, Helfreich (1870) et Morano (1872). Entre les troncs principaux et les terminaisons il y a lieu de rechercher les divisions interposées. C'est cette lacune que l'auteur a voulu combler. Les nerfs palpébraux viennent du nerf frontal et du nerf supra-orbitaire : la région moyenne ayant déjà ses branches trochléaires, les nerfs palpébraux la contournent en formant une courbe arciforme. Vers le bord libre les ramuscules s'anastomosent en formant des anses d'où émanent les dernières divisions. Les nerfs moteurs du facial pénètrent latéralement : ce sont les branches zygomatiques qui se répandent dans le muscle orbiculaire. La paupière inférieure reçoit ses rameaux sensitifs du nerf infra-orbitaire. L'auteur a suivi ces branches qui abordent latéralement la paupière, ainsi que la branche médiane. Le rameau de l'angle interne, situé un peu plus haut que celui de l'autre côté, naît de l'anastomose des nerfs supratrochléaire et infratrochléaire : ses ramifications courent parallèlement au bord palpébral et innervent une plus grande partie de la paupière que les branches de l'autre nerf latéral. De nombreux faisceaux se répandent au-dessus du cartilage tarse, d'autres traversent directement pour aller s'anastomoser avec les branches du côté opposé ou avec les branches supérieures. Dans la région des follicules pileux des cils, limitée en arrière par le cartilage tarse, en avant par le muscle orbiculaire palpébral et en bas par le muscle ciliaire de Riolan, qui occupe cet espace, se trouve ainsi constitué un riche plexus nerveux, au milieu du tissu conjonctif lâche qu'on peut appeler *plexus bordant.* C'est de là que partent les nerfs qui vont innerver la peau, les muscles, les cils, la conjonctive ; l'auteur en suit le trajet. Il n'a pas retrouvé autour des vaisseaux qui enlacent les lobules glandulaires de Meïbomius les fibrilles à myéline décrites par Colasanti. Au-dessus du cartilage tarse, au niveau du point où la conjonctive palpébrale devient conjonctive orbitaire, se trouve le second point de pénétration pour les nerfs conjonctivaux. Enfin l'auteur a étudié l'innervation des cils, cils à corpuscules tactiles renflés et cils sans renflements : il s'est assuré après Jobert (1875) que les filets nerveux forment autour du follicule de ces cils un anneau sensitif, situé au-dessous des glandes sébacées : de là s'élèvent parallèlement à l'axe du poil des filets nerveux qui perdent leur myéline en pénétrant dans la couche externe de la racine.

DASTRE.

**Die Nerven der Ciliarfortsätze des Kaninchens (Les nerfs des procès ciliaires des lapins), par A. GRUENHAGEN** (*Archiv f. mikrosk. Anat., vol. XXII, fasc.* 3, *p.* 369-374).

Le but de ce travail est d'étudier les nerfs des vaisseaux capillaires. L'auteur a déjà publié un travail dans le même sens en 1867 dans *Berliner klin. Wochenschrift.* Il a choisi l'œil du lapin albinos, et s'est servi pour ses recherches microscopiques de 2 méthodes de coloration, l'une à l'or, l'autre à l'hématoxyline.

1° Mettez la pièce 2 à 3 heures dans 100cc d'une solution étendue d'acide acétique (2 gouttes pour 100cc d'eau), de là pendant 1 heure dans 10cc d'une solution de chlorure d'or à 1/2 pour 100, et enfin pendant 2 à 4 jours dans une solution d'acide formique à 1 pour 4. La pièce peut être alors dilacérée;

2° Après avoir laissé la pièce une 1/2 heure au plus dans la solution d'acide acétique, placez-la 24 heures dans une solution concentrée d'hématoxyline mélangée à parties égales avec une solution saturée d'alun.

On voit alors des petites ramifications composées de deux ou trois cylindres-axes sans myéline s'avancer dans les procès ciliaires, puis former un plexus, puis émettre des ramuscules très grêles qui cotoyent ou croisent les capillaires. En outre de ce réseau on trouve des cellules multipolaires à pigment jaunâtre que l'auteur considère comme de nature nerveuse.

Il n'a pas décrit de terminaison spéciale.

Ayant coupé le sympathique au cou, il n'a pas constaté de dégénérescence secondaire dans le réseau décrit plus haut. Aussi voudrait-il en faire une émanation du trijumeau spécialement. C. REMY.

**Double connexion des nerfs optiques avec le cerveau, par PARINAUD** (*Soc. de biol.*, 11 *mars* 1882).

L'auteur rapporte quelques faits cliniques et expérimentaux qui établissent l'existence d'une double connexion des nerfs optiques avec le cerveau, en vertu de laquelle chaque nerf optique, dans sa totalité, est en rapport croisé avec l'hémisphère opposé, et chaque bandelette optique, ou les deux moitiés homonymes des deux rétines, en rapport direct avec l'hémisphère correspondant. MARCUS.

**Die Retina der Ganoïden (La rétine des ganoïdes), par A. DOGIEL** (*Archiv f. mikrosk. Anat., vol. XXII, n°* 3, *p.* 419-473).

Travail très étudié qui ne contient pas moins de 66 figures. L'auteur décrit douze couches: 1° couche pigmentaire habituellement mais à tort attribuée à la choroïde; 2° couche des cônes et des bâtonnets; 3° couche granuleuse; 4° membrane limitante externe; 5° couche ganglionnaire externe sous-épithéliale; 6° couche des prolongements nerveux; 7° couche des cellules étoilées; 8° couche ganglionnaire moyenne; 9° couche du neurospongium; 10° couche ganglionnaire interne; 11° couche de fibres nerveuses; 12° membrane limitante interne.

Pour décrire toute ses couches l'auteur les divise en trois groupes : 1° l'appareil katoptro-dioptrique (cellules de pigment, cellules de la vision avec leurs noyaux et leurs pieds) ; 2° l'appareil nerveux ; 3° l'appareil de soutien.

Les cellules ganglionnaires de la rétine sont répandues dans toute son épaisseur entre les deux limitantes. Plus pressées autour de la limitante externe où elles sont sous l'épithélium, entre les pédicules des cellules de la vision, plus rares dans le milieu de l'épaisseur elles se rassemblent de nouveau vers la partie interne dans le neurospongium. Elles ont le caractère de cellules ganglionnaires beaucoup plus net que dans l'espèce humaine. Chacune communique par des prolongements horizontaux avec les cellules voisines mais n'a qu'un prolongement extérieur et qu'un prolongement intérieur.

L'appareil de soutien est très manifeste ; en outre des fibres en forme de piliers étendues d'une limitante à l'autre, existe un tissu très résistant formé de granulations ou plutôt de fines fibrilles, qui se creuse pour recevoir les diverses cellules, c'est le neurospongium. C. REMY.

**Sur le vortex et l'arc des noyaux dans le cristallin humain, par O. BECKER** (*Archiv f. Augenh.*, *XII*, 2).

Becker est arrivé aux résultats suivants : il n'y a dans le cristallin de l'homme aucune fente étoilée remplie de matière amorphe ; mais dans les rayons du vortex les extrémités des fibres sont en contact immédiat. Le liquide de Morgagni est un phénomène cadavérique. Chez le nouveau-né, la lentille est beaucoup plus sphérique que chez l'adulte. L'épaisseur de la capsule vers le pôle antérieur est de 0,08 de millimètre, un peu plus en dehors de 0,05, puis elle s'amincit jusqu'à 0,0059 et même 0,0048 ; vers l'équateur, elle augmente jusqu'à 0,024, puis diminue assez rapidement, et dans presque toute la capsule postérieure elle mesure seulement 0,018 de millimètre.

Les cellules épithéliales présentent dans la plus grande partie de la capsule antérieure la forme de colonnes hexagonales de 1 millimètre de base et d'égale hauteur perpendiculaires à la capsule. Vers l'équateur elles s'inclinent rapidement et s'allongent, et leurs noyaux s'éloignent progressivement de la capsule et forment ce que Becker appelle l'arc des noyaux. A mesure que les fibres s'inclinent, les noyaux prennent une forme de plus en plus elliptique, chaque fibre ne contient qu'un seul noyau. A. TROUSSEAU.

**Procédé à mettre en usage pour observer les premières radicules du système lymphatique et pour constater si ces premières radicules communiquent avec les capillaires sanguins, par E. SAPPEY** (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 11 *juin* 1883).

Les lymphatiques prennent naissance dans la trame des organes par des capillicules dont le diamètre ne dépasse pas un millième de millimètre, et ces capillicules communiquent entre eux en formant des renflements étoilés dits *lacunes*. Pour faire apparaître ce réseau, que sa

transparence dérobe à l'observation, l'auteur fait usage de procédés de macération qui ont pour résultat de remplir les cavités en question d'une masse pressée de microphytes appartenant à la famille des *Micrococcus* et des *Bactéries*. Il faut non seulement rendre apparentes les origines lymphatiques, mais encore empêcher qu'elles ne puissent être voilées par les vaisseaux sanguins, dans lesquels les microbes tendent également à se développer en abondance. L'injection d'un liquide acidulé dans les vaisseaux sanguins fait disparaître cet inconvénient, en substituant au plasma sanguin, si favorable au développement des microphytes, une solution au sein de laquelle ils ne peuvent proliférer. En suivant, à mesure que les tissus subissent les modifications voulues, l'apparition graduelle des premiers linéaments du système lymphatique, il y a un moment où l'observateur distingue encore les vaisseaux sanguins, et peut alors rechercher les rapports de connexions entre ces deux ordres de vaisseaux. Or, si au début de ses recherches, l'auteur avait cru pouvoir, se basant sur des démonstrations indirectes, admettre des communications entre les capillaires lymphatiques et les capillaires sanguins, aujourd'hui, se basant sur l'observation directe, il rejette toute espèce de communication, et proclame que les lymphatiques sont partout hermétiquement clos, le plasma sanguin pénétrant dans leurs premières radicules par voie de simple transsudation. M. DUVAL.

**Recherches sur le système vasculaire. De la circulation des doigts et de la circulation dérivative des extrémités. Note de P. BOURCERET** (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 9 *avril* 1883).

Depuis longtemps on a agité la question de l'existence, entre les artères et les veines, d'autres moyens de communication que les capillaires. Reprenant cette question, l'auteur a constaté qu'il existe dans les dernières phalanges des doigts une circulation spéciale permettant un retour rapide du sang. Cette disposition particulière consiste en gros capillaires, très courts, formant des pelotons vasculaires caractéristiques et rappelant la disposition de la masse intestinale. On voit les artérioles se diviser brusquement en ces gros capillaires qui se reforment presque immédiatement pour constituer une veinule. Cette circulation spéciale n'est donc qu'une modification du type général; abondante surtout vers la partie moyenne de la face palmaire de la phalangette, sur les parties latérales de cet os, et sous les deux tiers supérieurs de l'ongle, elle parait avoir pour but d'entretenir la chaleur du doigt en permettant au sang de passer en abondance, et ne mérite pas, à proprement parler, le nom de circulation dérivative. M. DUVAL.

**Recherches sur les éléments cellulaires du sang, par J. RENAUT** (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, *p.* 648; 1881).

L'omission d'un paragraphe a notablement altéré le sens de l'analyse que nous avons donnée du travail de M. Renaut, dans le précédent numéro de la *Revue*. Cette analyse doit être rétablie ainsi qu'il suit :

Chez certains animaux et chez les hommes atteints de leucémie, on

peut trouver trois ordres de globules blancs : 1° des globules hyalins ordinaires ; 2° des globules chargés de granulations de substance protéique non déterminée encore au point de vue chimique ; 3° des globules chargés de graisse.

Les granulations existent en nombre variable dans le protoplasma des cellules lymphatiques ; elles peuvent être très rares ou très nombreuses.

Dans la leucocythémie, on trouve des globules blancs des dimensions les plus variables. Quelques-uns de ces éléments renferment deux noyaux, ce qui semble indiquer qu'ils sont dans le sang même en voie de prolifération.

Ce bourgeonnement des noyaux se retrouve sur certains globules rouges du sang de la lamproie et de l'ammocète, et sur les hématies de l'embryon du mouton. On peut constater dans le sang de la lamproie toute une série de transformations.

Sur ses préparations, M. Renaut a pu suivre le développement des formes suivantes :

*a*) Globule blanc à noyau bourgeonnant à protoplasma non limité par un exoplasme ;

*b*) Élément à noyau bourgeonnant à protoplasma non limité par un exoplasme ;

*c*) Élément à noyau bourgeonnant à protoplasma limité par un exoplasme ;

*d*) Globule rouge à noyau bourgeonnant ;

*e*) Globule rouge circulaire à noyau arrondi, muriforme.

M. Renaut admet l'existence d'un globule intermédiaire entre le globule rouge et le leucocyte. Il est globule rouge par son disque chargé d'hémoglobine ; globule blanc par son noyau contourné en boudin ou bourgeonnant.

Enfin, la forme elliptique constitue le degré de développement le plus élevé des globules rouges. Au contraire, la forme circulaire est la forme embryonnaire et pour ainsi dire préliminaire des hématies.

Le point principal indiqué par ce mémoire est donc la transformation progressive des globules blancs en globules rouges et l'existence dans le sang de formes intermédiaires qui correspondent aux différentes phases de cette évolution. A. MATHIEU.

**Sul rapporto del pericranio con gli strati della regione temporale dell'uomo (Rapports du péricrâne avec les couches de la région temporale chez l'homme), par MARTINI** (*Riv. clin. di Bol.*, 1883).

Après avoir critiqué les descriptions de Richet et de Tillaux, l'auteur montre que le péricrâne au milieu de la ligne courbe temporale se dédouble en deux feuillets ; l'un de ces feuillets passe au-devant du muscle et de l'aponévrose temporale profonde, l'autre se prolonge derrière le muscle et donne insertion à ses fibres. Au devant de l'aponévrose temporale le feuillet inférieur est très adhérent à la partie inférieure pour prendre insertion sur la lèvre externe du bord supérieur de l'arcade zygomatique, tandis que l'aponévrose temporale va à la lèvre interne. Dans l'espace qui les sépare se trouve une boule graisseuse que quelques auteurs et notamment Tillaux, placent dans le dédoublement inférieur de l'aponévrose temporale

profonde, d'autres dans le dédoublement de l'aponévrose temporale superficielle. Le feuillet postérieur en arrière du temporal qui, selon Tillaux, représenterait le péricrâne se voit facilement en continuité avec le périoste de la base du crâne. L'aponévrose temporale s'insère dans l'angle de dédoublement du péricrâne au niveau de la ligne courbe temporale. Un dessin schématique reproduit très clairement la description de Martini.

F. BALZER.

**Ueber die richtige Deutung der Querfortsätze der Lendenwirbel und die Entwicklung der Wirbelsäule des Menschen (Sur la signification réelle des apophyses transverses des vertèbres lombaires et le développement de la colonne vertébrale de l'homme), par HOLL** (*Sitzungsb. der kaiserl. Akad. d. Wiss.*, *p.* 181, *Wien*, 1882).

Pendant longtemps on a considéré le sacrum comme formé par le résultat de la réunion et la fusion de cinq vertèbres : mais Gegenbaur a établi que c'était un os beaucoup plus complexe dans lequel se trouvaient comprises des côtes destinées à porter le bassin. L'auteur se propose de même de fixer la signification des apophyses transverses : et pour cela il a examiné la colonne vertébrale de l'homme et celle du porc pas à pas depuis les premières périodes du développement. Cette méthode peut seule donner la solution de la question et nous apprendre si ces apophyses transverses sont les homologues des apophyses transverses de la région dorsale, si elles sont les homologues d'une côte fixée sur le corps vertébral ou si elles représentent à la fois une côte et l'apophyse transverse correspondante. L'examen comparatif des vertèbres dorsales sacrées et lombaires chez l'embryon humain de 20 millimètres montre que le prolongement latéral du corps vertébral (masse latérale de Gegenbaur, processus latéral de Holl) est équivalent au processus transverse d'une vertèbre dorsale et à la côte correspondante. La vertèbre lombaire, à cette époque, n'a pas de forme distincte de la vertèbre sacrée. La vertèbre cervicale possède un orifice, *foramen transversarium*, dont l'analogie existe dans la vertèbre dorsale, foramen costo-transversarium. Le type vertébral primitif est donc identique : c'est un corps vertébral prolongé latéralement en *processus lateralis* — celui-ci présente en arrière l'arc neural, en avant le foramen transversarium ou costo-transversarium, qui se continue encore en avant par un crochet cervical, qui devient côte dans la vertèbre costale : entre les deux une apophyse qui est l'apophyse transverse cervicale ou dorsale (mieux nommée épiphyse transverse). Ce sont ces deux parties qui sont confondues par la disparition du foramen transversarium dans la vertèbre lombaire.

Au stade suivant (embryon de 28 millimètres) on aperçoit à la partie postérieure du processus lateralis un espace clair qui sera le noyau ultérieur d'ossification. Autour de la corde dorsale on voit une zone semblable formée des mêmes cellules, en sorte qu'il y a dans chaque vertèbre trois points d'ossification, l'un autour de la corde dorsale, les deux autres dans chaque processus latéral. Le noyau osseux, champ clair, n'atteint pas en avant le foramen transversarium de la vertèbre cervicale : de même il est séparé du foramen costo-transversarium de la ver-

tèbre dorsale par une zone mince : la côte qui apparaît articulée correspond à la partie de la vertèbre cervicale située en avant du foramen : elle est formée des mêmes cellules. Même disposition essentielle pour les vertèbres lombaires et sacrées. Les vertèbres lombaires et sacrées se distinguent en somme des vertèbres dorsales et cervicales par l'arrêt du développement des parties antérieures du processus latéral.

Plus tard (embryon 42 millimètres), on voit apparaître un nouveau point d'ossification à l'extrémité antérieure de la côte, l'extrémité postérieure ou tête (*capitulum*) étant formée encore de petites cellules communes. La vertèbre lombaire est très analogue à la vertèbre sacrée.

A une période plus avancée (embryon 52 millimètres) on voit apparaître la différenciation de forme de la vertèbre sacrée et de la vertèbre lombaire.

L'auteur représente comparativement la troisième vertèbre cervicale, la première lombaire et la première sacrée aux périodes suivantes du développement, chez des embryons de 65 millimètres, 75 millimètres, 120 millimètres et 140 millimètres. L'apophyse transverse osseuse n'est plus à ce dernier moment que le prolongement du premier noyau osseux, et le prolongement primitif resté cartilagineux ne paraît être autre chose que l'épiphyse de celui-ci. De là le nom d'épiphyse transverse que l'on peut lui réserver. Il résulte de là que l'apophyse transverse osseuse a dans toutes les vertèbres la même signification génétique : c'est le prolongement antérieur du noyau osseux latéral primitif.

Le processus transverse des auteurs envisagé dans son développement est donc composé de deux parties : le processus transverse osseux, prolongement latéral du noyau osseux développé primitivement dans le processus latéral, et en second lieu le processus transverse cartilagineux ou épiphyse transverse, reste de la substance cartilagineuse fondamentale de la vertèbre entière. Le processus transverse osseux a dans toutes les vertèbres la même signification : l'épiphyse transverse contient, dans la vertèbre lombaire, les éléments rudimentaires d'une côte : elle est formée de la même matière fondamentale dont une différenciation particulière fournit la côte, dans la vertèbre dorsale. Il ne faut pas attacher d'importance au point de vue de la comparaison anatomique aux saillies osseuses destinées à l'attache des muscles.

Ces résultats sont confirmés par l'examen de pièces anatomiques du musée de Vienne, de cas publiés par Rosenberg et d'un cas publié par Gruber (1849) d'un individu ayant une treizième côte rudimentaire. Cette variété a été fréquemment citée. L'auteur discute ces cas et l'interprétation qui en a été donnée.

La dernière partie du mémoire est consacrée à une étude intéressante du sacrum et de sa vertèbre fondamentale, vertèbre fulcrale qui est la 25e de la série (rarement la 26e). C'est elle qui se trouve en rapport étroit avec l'os iliaque et peut être vraiment nommée support du bassin; c'est elle qui sépare la colonne vertébrale en région sacrée et région pré-sacrée. La 24e vertèbre, lors même qu'elle semble confondue avec le sacrum n'en fait jamais réellement partie. DASTRE.

**Ueber den Bau und Thätigkeit der Gasteropodenleber (De la structure et des fonctions du foie des gastéropodes), par Dietrich BARFURTH** (*Archiv f. mikrosk. Anat., vol. XXII, n° 3, p.* 473-523).

Les recherches ont porté sur les genres Arion, Helix, Limax, Cyclostoma, Lymnœus, Planorbis, Succinea, mais principalement sur les deux premiers. La structure du foie varie avec les manières de vivre de l'animal suivant la présence ou l'absence de coquille, d'épiphragme hibernal, d'opercule, suivant l'habitation sur terre, dans l'eau de mer ou l'eau douce.

Le foie des genres Arion et Helix est une glande acineuse composée dont le parenchyme est entouré d'une tunique propre, d'une musculaire et d'une couche lâche de tissu connectif comparée à une séreuse. La couche épithéliale des acini est à un seul rang ; elle renferme des cellules de trois espèces : cellules à ferment, cellules hépatiques et cellules à calcaire.

La nutrition du foie est assurée par l'artère hépatique dont les derniers rameaux se jettent dans le tissu conjonctif sans capillaires distincts pour aboutir enfin aux veines.

Chez l'Arion ces artères sont remarquables par leur aspect blanc brillant dû à de nombreuses cellules chargées de carbonates calcaires déposées dans leur tunique adventice. En hiver cette tunique pâlit. Elle est moins chargée de calcaire dans le genre Helix.

Le revêtement épithélial des conduits biliaires consiste en cellules à mucus et cellules à cils vibratiles et en beaucoup d'endroits en cellules cylindriques.

Le foie contient des appareils nerveux particuliers.

Les cellules à ferment du foie contiennent des vésicules avec des boules colorées en brun. Ce ferment a un pouvoir digestif à la fois dans les solutions acides neutres et alcalines. Ce sont les véritables cellules sécrétantes et leur produit est récrémentitiel. Leur contenu se trouve en abondance dans l'estomac. Elles diminuent par le jeûne.

Les cellules du foie sécrètent de petites vésicules à contenu jaunâtre qui sort avec les matières fécales. Cette substance est excrémentitielle.

Les cellules à calcaire contiennent des boules brillantes de phosphates calcaires.

Pendant l'été les phosphates calcaires s'accumulent dans le foie et les carbonates calcaires dans les cellules du tissu conjonctif en général, et surtout dans les parois artérielles. Cette réserve est employée 1° en hiver par l'escargot pour la formation de son épiphragme, et par l'arion pour l'endurcissement de sa peau ; 2° par l'escargot pour la réparation de son écaille, et par l'arion pour la sécrétion d'une substance chargée de calcaire. L'auteur a fait une série d'expériences à ce sujet.

La coquille de l'escargot est formée presque exclusivement de carbonate : puisque le foie lui cède des calcaires à l'état de phosphate il faut supposer une opération préliminaire dans le sang. Il n'y a que dans le cas où l'emploi des calcaires est rapide comme dans la formation de l'épiphragme que les calcaires sont consolidés à l'état phosphatique.

On peut dire qu'il y a réunies dans le foie des gastéropodes une série

de fonctions qui sont attribuées à des organes distincts chez d'autres animaux.

C. REMY.

**Considérations sur l'anatomie topographique de la glande biliaire, par Ch. SABOURIN** (*Revue de médecine, janvier* 1882).

L'auteur, se basant sur la constitution de ce que l'on a décrit récemment en anatomie pathologique sous le nom d'hyperplasie nodulaire du foie ainsi que sur le mode de répartition des lésions dans le foie cardiaque, envisage le foie comme formé d'une infinité de lobules biliaires. Dans sa conception la plus simple, cet acinus est composé d'un tube épithélial contourné et anastomosé, dont les sinuosités et les anastomoses laissent entre elles des mailles qui contiennent les capillaires sanguins du lobule. A la base de l'acinus, le tube se continue à plein canal avec l'une des dernières ramifications des voies biliaires, et cette continuité n'est marquée probablement que par le changement de forme et de nature des épithéliums. A ce pédicule biliaire sont accolées les branches terminales de la veine porte et de l'artère hépatique, qui aussitôt se perdent dans le réseau capillaire de l'acinus. Le sang de ce système sanguin est recueilli à la périphérie par les racines principales des veines sus-hépatiques intra-lobulaires.

Chacun de ces acini a la forme d'une pyramide, de telle sorte que le lobule hépatique classique est composé en réalité de segments glandulaires dont les sommets se réunissent au niveau de la veine centrale et dont les bases sont en rapport avec les espaces et les fissures portes où ils reçoivent leurs canalicules excréteurs. Les interstices que laissent entre elles les faces de juxtaposition de ces segments sont occupés par les divisions principales de la veine centrale du lobule hépatique.

C. GIRAUDEAU.

**Zur Anatomie des Darmkanals des menschlichen Kindes (Contribution à l'anatomie du canal intestinal de l'enfant), par A. BAGINSKY** (*Archiv für Anatomie und Physiologie, p.* 428, 1882).

Le fait est bien connu que les enfants soumis à une alimentation qui ne convient pas à leur âge ne profitent point : c'est ce qui arrive avec les amylacés et les matières albumineuses en trop grande quantité. Ce résultat, rapproché des analyses des fèces exécutées par Forster, Wegscheider, Uffelmann, Biedert, etc., a conduit quelques auteurs à penser que le canal digestif de l'enfant fonctionnait d'une manière différente de l'adulte. Cette opinion a déterminé Baginsky à étudier les modifications histologiques de l'intestin successivement depuis les premiers temps de la vie jusqu'à l'âge de 4 ans. Voici les conclusions auxquelles il arrive :

1. La longueur et le nombre des glandes gastriques vont en augmentant avec l'âge.

2. La force de la couche musculaire s'accroît continuellement.

3. La couche sous-muqueuse présente partout un développement de cellules considérable qui diminue sans cesse depuis la naissance.

4. Les parois musculaires de l'estomac gagnent continuellement en épaisseur.

5. La distinction en cellules bordantes et cellules principales est déjà reconnaissable dans les glandes de l'estomac du nouveau-né.

6. Dans le duodénum, le rapide développement des glandes de Brünner est très frappant.

7. Les plis et les villosités augmentent, en même temps que se fait le développement général du conduit intestinal.

8. Le système des vaisseaux lymphatiques qui siège dans la couche sous-muqueuse et entre les deux tuniques musculaires atteint chez les nouveau-nés un développement remarquable, puis diminue continuellement. En résumé, l'auteur pense que la différence des fonctions intestinales de l'enfant et de l'adulte dépend de ce que, chez l'enfant, les glandes sont moins développées et moins actives, tandis que l'appareil de résorption est, au contraire, mieux constitué. DASTRE.

**Beiträge zur Histologie des Ovariums der Säugethiere (Contribution à l'histologie de l'ovaire des mammifères), par W. HARZ** (*Archiv f. mikrosk. Anat., vol. XXII, fasc.* 3, *p.* 374-408).

Il s'agit dans ce travail de voir dans quelle proportion chez diverses espèces animales se rencontrent les canaux ou cordons épithéliaux qui se voient particulièrement bien dans l'ovaire de la hase et de déterminer quel rapport ils ont avec les cordons de Pflüger.

Des recherches ont été faites sur la souris des champs (*Arvicola arvalis*), le rat, le cochon d'Inde, la hase, le *Cebus capucinus*, la jument, la chatte, la brebis, la vache, la truie, le hapale et l'homme. Elles ont eu pour résultat de montrer que dans l'ovaire de ces divers mammifères se trouvaient à divers états et en diverses quantités des formations de nature épithéliale (canaux creux, cordons solides, amas cellulaires), qui sont différentes des formations dues à l'épithélium germinatif. Or, les formations épithéliales de l'ovaire ne peuvent avoir que deux sources, ou l'épithélium germinatif ou l'appareil segmental du rein primitif par ses canalicules ou glomérules. De l'examen des divers animaux il ne peut y avoir aucun doute, les canaux et cordons épithéliaux végètent à une époque relativement tardive du mésovarium vers le stroma de l'ovaire. Chez quelques espèces (homme et porc) tout ce processus disparaît, il en persiste des vestiges dans le mésovarium et le hile chez la brebis. Leur origine dans l'épithélium germinatif doit être rejetée et il ne reste rien de mieux qu'à les faire naître de l'appareil segmental. Cette filiation trouve une confirmation puissante dans les observations de Max. Braun. En effet, il a vu les canaux et cordons épithéliaux qui se développent dans l'organe génital s'élever directement de la paroi des glomérules des reins primitifs. Ces tissus dérivés du rein primitif ne se montrent pas toujours à l'état rudimentaire, au contraire, il y a des espèces de mammifères chez lesquelles ils arrivent à un puissant développement, repoussent le stroma de tissu conjonctif presque en totalité et forment la masse principale de l'ovaire (cochon d'Inde, hase, cebus capucinus, jument). Entre ces deux extrêmes, c'est-à-dire un premier groupe des animaux où les cellules segmentales n'atteignent pas l'ovaire, et un deuxième

groupe où elles prennent une importance prépondérante, se trouve un intermédiaire. Chez le chat, le bœuf, le hapale, se trouvent des cordons ou des groupes de cellules de nature épithéliale qui atteignent presque la couche ovigère. Dans les espèces du deuxième groupe où se développent des cordons spéciaux qui s'étendent, en irradiant dans tout l'ovaire, on peut aussi se convaincre que le début de cette végétation a lieu par le hile.

Ces cordons épithéliaux ne prennent aucune part à la végétation de la membrane granuleuse bien que Kölliker adopte cette idée et que les tissus dérivés de l'épithélium germinatif et ceux dérivés du rein primitif se trouvent quelquefois en contact. De même ces cellules ne participent pas à la formation des corps jaunes, bien qu'elles ressemblent aux cellules à *Lutéine* qui les composent.

Le rôle de ces cellules est celui que Waldeyer a décrit.

L'auteur admet la formation de la couche ovigère de l'ovisac par suite de la prolifération de quelques cellules de l'épithélium germinatif entraînés avec l'ovule au moment de son *encapsulement*, il ne croit pas à la formation exogène de cette couche ovigère.

La tunique albuginée lui paraît jouer un rôle modérateur de l'activité d'évolution de l'épithélium germinatif. Lorsqu'elle apparaît, c'est-à-dire lorsque des faisceaux de tissu conjonctif courent parallèlement à la surface de l'ovaire, la formation des œufs primitifs dans l'épithélium germinatif cesse complètement ; ceux qui se forment encore comme chez le chat ont difficulté à s'encapsuler. L'albuginée, pauvre en vaisseaux, ne donne pas assez pour le développement incessant de nouveaux ovules. L'albuginée débute dans le lieu le plus éloigné du hile. Aussi les parties voisines du hile peuvent-elles être encore en activité tandis qu'il y a une période d'arrêt dans les parties les plus éloignées. Peut-être, lorsqu'à la suite de la rupture de l'ovisac, l'albuginée est modifiée, est-il possible que l'épithélium germinatif reprenne son activité et ainsi seraient expliqués certains cordons épithéliaux.

Comme il arrive quelquefois de trouver au milieu des cordons du rein primitif des cellules grosses ayant quelque vague ressemblance avec des ovules, il est possible que certains des cordons de Pflüger s'y rapportent, et qu'il y ait eu confusion entre les amas épithéliaux des deux origines.

Sur le nouveau-né humain, il n'y a plus d'ovules dans l'épithélium germinatif, et des cordons *segmentals*, il ne reste que des corps arrondis du mésovarium, l'époophoron de Waldeyer. C. REMY.

---

# PHYSIOLOGIE.

**Zur Kenntniss von der Wechselwirkung der Erregungen im Centralnervensystem (Contribution à la connaissance des modifications des excitations dans le système nerveux central), par Sigm. EXNER** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXVIII, p.* 487).

Lorsque l'excitation d'une partie du système nerveux entraîne la suppression ou la diminution d'activité d'une autre partie, le phénomène a reçu le nom d'inhibition. On connaît un certain nombre d'actions de ce genre. Le cas inverse peut se présenter, c'est-à-dire que l'excitation d'une partie peut provoquer l'excitation d'une autre. Ce phénomène, qui est la contre-partie de l'inhibition, a reçu d'Exner le nom de Transport. L'auteur en a étudié divers exemples. Il établit d'abord que l'excitation motrice d'un membre par l'action d'un centre moteur cortical provoque un phénomène de transport sur les excitations réflexes de ce membre. Voici l'expérience : si l'on place des électrodes entre les orteils d'un lapin narcotisé et qu'on fasse passer des courants d'induction par ces électrodes à des intervalles de plusieurs secondes, la patte exécute des mouvements de secousse synchrones avec cette excitation. On peut diminuer l'intensité de l'excitation de manière que ces secousses soient à peine appréciables. Si alors, l'on excite la zone motrice corticale correspondant aux mouvements de cette patte, on obtient de nouveau des mouvements très marqués et très intenses. Si l'on n'avait pas d'abord excité la patte, le mouvement serait impossible. L'excitation antérieure de la patte, la production du réflexe par excitation cutanée a donc considérablement accru l'effet de l'excitation du cerveau. La réciproque est vraie. Il faut pour interpréter correctement ce phénomène se mettre à l'abri d'une cause d'erreur évidente : il faut que le mouvement soit dû dans les deux cas à l'action des mêmes masses musculaires. L'auteur choisit le muscle abducteur du pouce, et le dispose de manière que sa contraction s'enregistre au moyen du style d'un tambour. On vérifie alors les faits précédemment signalés et on peut leur donner une autre forme. On peut renforcer l'effet de l'excitation de la patte, non plus en excitant un point de la zone corticale, mais en déterminant sur l'oreille une impression sonore. De même on constate que l'effet de l'excitation de la zone motrice corticale se trouve lui-même exagéré par cette impression sonore.

D'autre part, on sait que l'effet d'une excitation corticale se trouve renforcé, lorsqu'on le fait suivre à bref intervalle d'une autre excitation du même point. C'est là un phénomène de sommation des excitations.

Enfin, on peut provoquer un transport latéral des excitations réflexes. Setschenow (1868), W. Stirling (1880), Wund (1876) ont étudié des phénomènes de ce genre. On sait que des excitations suivies de mouvement laissent subsister une certaine disposition à des réflexes plus faciles. L'excitation d'une patte peut provoquer des mouvements réflexes dans

l'autre jambe : si alors, simultanément, ou à un faible intervalle, on excite la peau de cette autre jambe, l'effet produit se trouve notablement renforcé. DASTRE.

**Zur Physiologie des Grosshirns (Contribution à la physiologie du cerveau), par F. GOLTZ** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXVIII, p.* 579).

Goltz combat les hypothèses de Hitzig, de Ferrier et des localisateurs. Cependant il ne conteste pas qu'il n'y ait quelque chose d'analogue à un partage d'attributions entre les différentes régions cérébrales. Il admet des différences possibles dans le rôle des différents lobes ; ces différences ne sont pas encore déterminées. Il signale des faits qui pourraient servir à combler cette lacune. Il a observé en particulier le résultat suivant : Des chiens qui ont subi des destructions et des mutilations étendues dans la région des lobes frontaux montrent non seulement une diminution d'intelligence, mais aussi d'importantes modifications du caractère. Doux et gais avant l'opération, ils deviennent plus tard moroses, querelleurs et méchants. Au contraire, si l'on agit sur le lobe postérieur, l'intelligence peut être altérée encore plus profondément, mais le caractère reste gai et sociable. Goltz réforme aussi une assertion inexacte de Munk, produite devant l'Académie de Berlin, et d'après laquelle un chien, qui aurait subi une destruction de l'un des lobes frontaux, serait incapable de fléchir la colonne vertébrale du côté opposé à la lésion. Goltz a vu des animaux opérés de cette façon se courber si parfaitement qu'ils pouvaient se mordre la racine de la queue. DASTRE.

**Ueber die Erregbarkeit des Rückenmarks (Sur l'excitabilité de la moelle épinière), par M. SCHIFF** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXVIII, p.* 537).

Il y a désaccord entre les physiologistes relativement aux résultats de l'excitation directe de la moelle épinière et de ses cordons. La raison en est dans les conditions bien ou mal déterminées des diverses expériences et dans les interprétations.

Excitabilité des cordons postérieurs de la moelle épinière. On opère sur un animal éthérisé ; on met à nu la moelle dorso-lombaire et lorsque la motilité réflexe commence à reparaître, sans que l'animal ait encore repris conscience, on porte une excitation légère sur les cordons postérieurs. On voit se produire des mouvements énergiques. Si l'obtusion est encore assez profonde pour que l'attouchement de la conjonctive produise seulement un abaissement de paupières, l'excitation légère dont il vient d'être parlé aura seulement pour conséquence des mouvements dans la partie du corps au-dessous du niveau atteint. Il y a des mouvements de soulèvement de la queue et du sphincter anal. Si la sensibilité est un peu plus complète, il y a des mouvements de latéralité de la queue et aussi des muscles lombaires qui tirent directement leur innervation du point excité. L'animal est-il plus éveillé, l'excitation détermine des mouvements d'extension des pattes postérieures, d'abord dans les orteils, ensuite dans l'articulation coxale. Ensuite se montrent les réactions de la partie antérieure du corps, à l'exception de la pupille, relèvement des paupières

soulèvement de la tête. Les réactions deviennent alors d'autant plus fortes et étendues que l'excitation est elle-même plus intense.

On sait d'autre part que si l'on a coupé les cordons postérieurs, dans le haut de la moelle thoracique, l'excitation portée plus bas sur les cordons postérieurs est perçue comme douleur. Même résultat lorsque les cordons postérieurs sont sectionnés en arrière du point excité. Ces expériences montrent bien que la conduction des impressions sensitives se fait essentiellement en dehors des cordons postérieurs, mais elle ne prouve point que ceux-ci n'y participent pas. D'autres faits montrent qu'ils participent en réalité à la conduction de certaines impressions sensitives. Mais cette sensibilité peut être rapportée soit aux cordons eux-mêmes soit aux racines sensitives qui y sont mêlées. Van Deen a contesté la sensibilité des cordons eux-mêmes, et détruisant les racines il a pu, chez la grenouille, exciter dans leur intervalle les cordons postérieurs sans provoquer le moindre signe de douleur. Schiff, en 1858, a montré que les filets propres des cordons postérieurs chez le lapin, dans la région cervicale, étaient dépourvus de sensibilité. Dans les régions dorsale et lombaire l'extrême rapprochement des racines empêche une épreuve satisfaisante. En tous cas la sensibilité des cordons a toujours paru moindre que celle des racines postérieures. Stilling a attribué, sans donner de preuves, la faculté d'être excitées par des causes mécaniques, aux racines postérieures et à la substance grise voisine. Il croyait qu'un organe conducteur de la sensibilité devait nécessairement être sensible. Chauveau (1861), opérant sur l'âne et le cheval, a trouvé les cordons postérieurs d'autant plus sensibles que l'on s'approchait davantage des insertions radiculaires. Sanders a pu couper la moelle de la grenouille dans l'intervalle de deux paires radiculaires sans provoquer de douleur; chez les pigeons, la moelle dorsale et lombaire était partout sensible, tandis que la moelle cervicale était toujours insensible entre deux paires consécutives, de même chez les lapins, les rats, les chiens et les marmottes. Cet auteur est d'accord avec Schiff et en désaccord avec van Deen en ce qu'il admet l'extrême sensibilité des fibres radiculaires qui plongent dans l'intérieur des cordons. Quant aux fibres longitudinales propres il les considère comme insensibles aux excitations mécaniques. De même Huizinga. Ainsi, tous les observateurs compétents sont d'accord sur le point essentiel. Si l'on examine la partie interne du cordon postérieur dans la région dorsale, c'est-à-dire le cordon de Goll, tous les expérimentateurs l'ont trouvé insensible. Enfin, il n'est pas certain que l'on doive accepter l'existence dans les cordons postérieurs de fibres indépendantes des nerfs radiculaires. Il reste à savoir si les fibres longitudinales qui subsistent encore sont insensibles, si elles ne servent pas à la conduction des impressions douloureuses qui cheminent par la substance grise; elles peuvent avoir un rôle dans la conduction des impressions tactiles. — Singer, de Prague (1882), a eu recours à une méthode nouvelle qui consiste essentiellement dans l'extirpation des ganglions spinaux. Après l'ablation de 2 ou 3 ganglions spinaux à la partie inférieure de la moelle lombaire, on constate au bout de quatre semaines que les cordons postérieurs du côté opéré sont plus grêles que du côté sain, et que la sensibilité est plus grande au voisinage du sillon médian que vers le sillon latéral. Schiff a recours à une autre méthode; chez un animal

profondément éthérisé, la moelle est préparée depuis le milieu de la région dorsale jusqu'au commencement de la région lombaire sur une étendue de 5 à 6 centimètres. On reconnaît le sillon latéral : on y détruit les vaisseaux et la pie-mère au moyen d'une pointe fine. On éponge le sang : puis on pratique une petite incision incomplète à la partie la plus postérieure du cordon ; et enfin, avec des précautions particulières, on arrive à séparer et à isoler ce cordon. — On laisse reposer l'animal : on le curarise, s'il est nécessaire. On procède alors à l'excitation électrique de ces cordons : on observe la pupille au moyen du miroir ophtalmoscopique. L'excitation de ces cordons isolés a pour conséquence une légère dilatation de la pupille qui augmente d'autant plus que l'on pratique l'excitation plus haut et on obtient encore cet effet, en procédant avec moins de soin à la séparation des cordons postérieurs. Le segment antérieur du cordon séparé donne lieu à une dilatation considérable et rapide de la pupille : la partie postérieure ne donne lieu qu'à une dilatation minime que l'on ne peut point augmenter beaucoup en accroissant la force de l'excitant. Les excitations mécaniques ont le même effet. Le cordon postérieur ne contient point de filets moteurs directs : il peut manifester, en présence des excitations faibles, une sensibilité qui ne s'accroît jamais assez pour devenir douleur. DASTRE.

**Ueber die functionnelle Beziehung der unteren Oliven zum Kleinhirn und die Bedeutung derselben für die Erhaltung des Körpergleichgewichts (Rapports fonctionnels des olives inférieures avec le cervelet et leur rôle dans le maintien de l'équilibre), par W. BECHTEREW** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXIX, p.* 257).

Les lésions expérimentales profondes du bulbe dans sa partie postérieure déterminent souvent des mouvements de rotation autour de l'axe du corps avec les signes caractéristiques de la section des pédoncules du cervelet. Magendie avait signalé (1839) une flexion du corps avec déviation des yeux en bas et en dedans d'un côté, en haut et en dehors de l'autre côté, avec flexion de la tête et du tronc, tantôt du côté lésé, tantôt du côté opposé. Martin Magron et Brown-Séquard (1853) ont étudié ces phénomènes ; Schiff a observé que les animaux opérés de cette manière, lorsque l'on venait à les inciter au mouvement, avaient tendance à tourner dans la direction où leur corps était fléchi. Eckhard et Schwann ont observé de nouveau l'existence de la position fléchie du corps à la suite de lésions unilatérales du bulbe. Eckhard remarque la relation entre la flexion signalée et la déviation oculaire, lorsque la lésion porte sur la région bulbaire qui s'étend entre le calamus scriptorius et le tubercule acoustique (1879). Les observations de Curschmann concordent avec celles de Brown-Séquard. Il résulte de tout cela qu'il y a une région de la moelle allongée dont la lésion détermine réellement les mêmes phénomènes que la lésion des pédoncules cérébelleux postérieurs. Cette région est exactement limitée à la moelle allongée parce que les lésions médullaires ne produisent pas les mêmes effets. L'auteur a entrepris des expériences sur le chien pour connaître l'origine de ces faisceaux qui vont du bulbe au cervelet par les pédoncules postérieurs : il a cru reconnaître que c'était seulement au niveau des corps olivaires

que les lésions profondes entraînaient le phénomène de rotation de l'animal autour de son axe. Bechterew s'est proposé de détruire les olives. Il procède, chez le chien narcotisé par section des muscles occipitaux, dénudation de la membrane occipito-atloïdienne, et introduction, par une petite ouverture, d'un couteau spécial. On atteint avec la partie tranchante de cet instrument le bord interne de la moelle allongée et on peut sectionner l'olive sans détruire d'autre partie. Le résultat de cette expérience est constant. Les phénomènes sont de même nature que ceux que produit la section des pédoncules cérébelleux postérieurs. Il y a rotation de la tête autour de l'axe du corps, de telle sorte que la joue correspondant au côté lésé regarde vers le bas, la joue opposée regarde vers le haut; l'œil du côté lésé tourne en bas et en dehors, l'autre en haut et en dedans : il y a nystagmus. Lorsque l'animal est remis du choc opératoire, on observe les mouvements forcés de rotation autour de l'axe du corps. Ces mouvements se produisent par accès. Dans les intervalles l'animal se couche du côté de sa blessure, ou bien se courbe du côté non lésé. Le nystagmus et la déviation oculaire s'atténuent pendant le repos. Les animaux ne présentent point de symptômes de paralysie motrice ou sensitive. — Si la destruction de l'olive a été incomplète on peut observer des mouvements de chute en avant, de recul, de manège, ainsi que Magendie l'avait observé : ces mouvements apparaissaient par accès. Lorsque la destruction a été complète des deux côtés, il y a vertige, perte d'équilibre, mouvements oscillatoires de la tête et du tronc, nystagmus oculaire, impossibilité de la marche et de la station. Ces phénomènes s'atténuent dans les jours suivants et peuvent disparaître complètement dans le cas de lésions localisées. Quand les lésions sont très étendues, l'animal meurt de complications. Ces faits conduisent à la conclusion que les olives constituent un organe en relation fonctionnelle avec le cervelet, comme les canaux semi-circulaires, et la substance grise centrale de l'infundibulum du 3e ventricule : leur lésion entraîne des mouvements forcés venant par accès et des troubles d'équilibre. Au point de vue anatomique, l'auteur admet que les cordons de Goll (conducteurs probables des sensations tactiles) viennent se terminer dans l'olive. Quant aux relations de l'olive avec le cervelet, elles sont justifiées par les observations pathologiques qui montrent la coïncidence de l'atrophie des hémisphères cérébelleux avec celles des corps olivaires. Deiters avait admis déjà l'hypothèse d'une liaison entre les olives et les pédoncules cérébelleux. Meynert a soutenu que les communications entre l'olive inférieure et le corps restiforme étaient croisées et il admettait que le corps restiforme était uni à l'olive correspondante et à l'olive opposée par les fibres arciformes. Ces fibres se rendraient d'abord à l'olive du même côté, puis à celle du côté opposé; de là, enfin, partiraient des fibres se rendant au cordon postérieur médullaire du même côté. Flechsig et Schwalbe ont pensé que ces vues de Meynert n'étaient pas suffisamment démontrées. Les expériences de Bechterew l'amènent à penser que le croisement ne se fait point dans la moelle allongée, mais plus haut dans le cervelet. Ces relations, en tout cas, permettent de croire que les olives sont des organes d'où les impressions tactiles périphériques sont conduites au cervelet, organe central de l'équilibre, comme les impressions auditives y sont conduites par les

canaux semi-circulaires et les impressions visuelles par la substance grise du plancher du 3e ventricule : c'est ainsi que ces trois organes contribueraient à l'orientation. DASTRE.

**Der Bulbus Aortae des Frochherzens (Le bulbe de l'aorte du cœur de la grenouille), par Th.-W. ENGELMANN, HARTOG et VERHOEFF** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXIX, p.* 425).

Löwit a décrit dans le bulbe de l'aorte un ganglion nerveux. Engelmann et ses élèves se sont appliqués à vérifier ce point : un examen très attentif les amène à reconnaître que les cellules nerveuses font défaut dans cet organe, que Löwit a dû commettre une erreur et que le ganglion du bulbe n'existe point. — Ce premier point acquis, il devenait intéressant d'examiner les mouvements de cette partie isolée du reste du cœur, afin d'observer si les contractions rythmiques se produisent ici comme dans l'uretère et dans la pointe du cœur. Le bulbe séparé du reste du cœur est rempli de sérum sanguin à la pression de 5 à 20 millimètres de mercure et disposé de manière à ce qu'il soit possible d'enregistrer ses contractions. On observe que ces contractions persistent un certain temps avec un rythme particulier. La durée des périodes et spécialement des pauses croît successivement ; après un quart d'heure, le repos est établi. Le bulbe réagit aux courants moyens par une série de contractions. Il y a pourtant entre la pointe du cœur et le bulbe une différence, c'est que le repos se produit non pas immédiatement après l'isolement du bulbe, mais seulement un peu plus tard, et que ce silence dure peu de temps.

En présence d'une excitation brusque et unique, le bulbe produit une série de contractions, quel que soit d'ailleurs l'excitant, coup unique d'induction, fermeture d'un courant constant, échauffement ou refroidissement rapide, coup, section, piqûre, extension par un poids, injection de sang, contact de substances caustiques, etc. Si l'excitant est faible, il n'y a qu'une contraction ou pas du tout. Le tiers supérieur du bulbe où Löwit a placé son prétendu ganglion ne jouit d'aucune propriété particulière. Si l'on pratique une série de sections de manière à avoir une masse musculaire composée de fragments adhérant les uns aux autres, l'excitation d'un point s'étend à tous les autres. La musculature du bulbe forme donc une masse unique et conductrice de tissu contractile. La force du courant n'exerce d'influence que sur le nombre des contractions, mais point sur leur grandeur, leur durée et leur forme : on a toujours la contraction maximum.

Si l'on emploie des excitations consécutives et nombreuses, on trouve les mêmes faits qu'avec la pointe du cœur. Lorsque l'intervalle des excitations consécutives décroît, la seconde excitation peut devenir plus faible. Des courants inefficaces peuvent se sommer. Des excitations tétanisantes fortes donnent une contraction tétanique. Celle-ci ne paraît pas être une fusion de secousses.

Les auteurs étudient ensuite l'influence de la température. L'élévation de la température accroît la fréquence des battements. Si elle s'élève successivement au-dessus de 35°, les pulsations deviennent dicrotes : au-dessus de 40° elles deviennent tricrotes. Le maximum de température

où l'on peut encore observer des contractions rythmiques, spontanées, est de 45°; la température mortelle est de 48°. La température la plus basse est de — 1°,8. Les contractions disparaissent successivement. Les oscillations brusques de la pression agissent comme des excitants. Entre les pressions de 0 à 40 millimètres de mercure la fréquence moyenne des battements s'élève avec la pression. DASTRE.

**Beiträge zur Kenntniss der Innervation des Herzens (Contribution à la connaissance de l'innervation du cœur, par M. LÖWIT** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXIX, p.* 469).

L'auteur s'occupe dans ce dernier mémoire de l'inhibition et de l'accélération du cœur par l'excitation électrique du cœur. Heidenhain a récemment admis dans le nerf vague l'existence de deux espèces de filets, accélérateurs et refrénateurs, ou plutôt de filets de renforcement et d'arrêt, car l'effet de renforcement est plus apparent que celui d'accélération. Les expériences de cet auteur ont porté sur la grenouille normale ou nicotinisée; mais Heidenhain n'a pas donné le moyen de reconnaître les filets de renforcement sur le tronc vague chez les animaux non empoisonnés. Enfin l'accélération observée par Heidenhain a toujours été faible, ne dépassant pas un demi-battement par cinq secondes, et toutes les recherches étaient faites sur des cœurs séparés et vides de sang. Löwit indique des moyens d'observer sûrement l'accélération produite par le vague chez les animaux non empoisonnés. Il faut opérer sur la rana temporaria : on prépare le tronc du vague depuis sa sortie du muscle pétrohyoïdien jusqu'à l'extrémité du cou; on sectionne les rameaux latéraux, et l'on obtient une longueur de 2 centimètres de nerf entièrement isolé, sur laquelle on peut appliquer l'excitation. On vérifie ainsi que le premier effet de l'excitation est un affaiblissement des pulsations; de même, on s'assure que le relâchement cardiaque dépasse le relâchement diastolique ordinaire. Le cœur est dans un état de tonus : son relâchement n'est pas complet dans la diastole normale : il le devient par l'excitation du vague. En même temps le cœur acquiert une faculté d'action plus considérable qui se traduit par des pulsations isolées plus amples pendant et après l'excitation du vague.

Outre cet effet de ralentissement ou de modération, le pneumo-gastrique peut en exercer un autre. L'auteur a fréquemment observé une accélération sur la même grenouille qui, l'instant d'auparavant, avait donné lieu à un ralentissement. Il remarque que l'effet accélérateur se manifeste surtout lorsque l'on excite la partie supérieure du nerf, au voisinage de la section, tandis que la partie inférieure donne lieu aux phénomènes d'inhibition. Le courant dirigé vers la section, c'est-à-dire du cœur à la tête, exciterait les accélérateurs; le courant dirigé en sens inverse exciterait les modérateurs. Les filets accélérateurs paraissent moins excitables que les modérateurs, mais ils résisteraient mieux aux agents qui détruisent l'irritabilité nerveuse. L'auteur établit, sous ce rapport, un rapprochement avec ce qu'il suppose être vrai, dans les mêmes conditions, des nerfs constricteurs et dilatateurs. — En étudiant l'influence des agents chimiques, l'auteur croit pouvoir indiquer un moyen d'obtenir toujours l'accélération du cœur en excitant une portion

déterminée du nerf vague. Il suffirait de laisser séjourner cette portion du nerf dans une solution d'azotate de potasse à 1/4 0/0, pendant quatre minutes environ : ou dans du chlorure de sodium à 6 0/00. L'effet est alors à peu près indépendant de la force et de la direction du courant. On peut ainsi faire à volonté du nerf vague alternativement un nerf accélérateur ou inhibitoire. DASTRE.

**Ueber die Diastole des Herzens (Sur la diastole locale du cœur), par B. LUCHSINGER** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXVIII, p.* 556).

Le travail de Rossbach (1881-1882) a rappelé l'attention sur le phénomène de diastole locale produite dans le ventricule par l'excitation mécanique d'un de ses points. Ce phénomène a été rattaché au phénomène d'inhibition cardiaque provoqué par le vague. On a dit que l'atropine qui paralyse l'action inhibitoire fait disparaître également la diastole locale. Or, Luchsinger a constaté que la même substance excitait l'appareil moteur cardiaque. Sur un cœur arrêté par l'acide cyanhydrique, Rossbach avait ranimé les mouvements au moyen de l'atropine. La même chose arrive lorsque le cœur a été arrêté par les sels de potasse, de cuivre, de zinc, d'antimoine, par l'acide oxalique, par la quinine ou les anesthésiques. Ces poisons n'agissent point pour exciter l'appareil inhibitoire ; l'atropine ne peut donc réveiller le cœur qu'en renforçant l'appareil excitateur. Luchsinger a pris pour sujet d'observation le cœur du crapaud qui bat lentement et fortement : le phénomène de la diastole locale est facile à y produire. L'atropine, même à très fortes doses, ne l'empêche pas ; tandis que les plus faibles doses suffisent à paralyser le pneumogastrique. Le fait signalé par Rossbach perd ainsi singulièrement de sa généralité. La diastole locale est un fait d'excitation : l'excitant mécanique n'est pas seul capable de la produire : Schiff s'est assuré qu'on l'obtenait avec l'excitant électrique, Rossbach avec les agents chimiques, Luchsinger avec l'excitant thermique, en approchant d'un point du cœur un bâton de verre chauffé. On accroît ainsi évidemment l'excitabilité du muscle cardiaque. Il peut en être de même dans le cas de l'excitation mécanique locale. Quant au phénomène lui-même de la diastole, il est l'expression d'une secousse qui se propage avec une vitesse inégale aux différents points du cœur, c'est-à-dire la conséquence d'une inégale excitabilité des différents points de l'organe. Si cette explication est vraie, il en résultera que le phénomène devra être plus marqué lorsque l'excitabilité générale de l'organe sera moindre, parce qu'alors les variations possibles seront plus grandes. Et en effet si l'animal a été refroidi dans la glace, si la grenouille a été empoisonnée par les sels de potasse et le chloral au point d'abaisser l'activité cardiaque, la saillie sanguine qui traduit la diastole locale devient plus manifeste. L'inverse a lieu lorsque l'activité cardiaque a été relevée par la chaleur, ou par quelque poison comme l'helléborine. On comprend alors l'effet de l'atropine, puisque l'on sait depuis le travail de Bowditch que les secousses cardiaques sont remarquablement accrues par l'atropine, c'est-à-dire que cette substance exagère l'énergie cardiaque. Dès lors, le phénomène de diastole locale doit être considérablement atténué. Si l'on touche un point du ventricule pendant la diastole, on voit, au commencement de la systole le point en question précéder le

reste du ventricule dans la contraction, former une dépression blanchâtre qui vers la fin de la systole est remplacée par un renflement saillant plein de sang.

L'excitation de la pointe du cœur avec des courants d'intensité variable ne produit aucun effet ou produit toujours la secousse maximum. Cependant ces intensités variables de l'excitant donnent des effets se distinguant les uns des autres : la rapidité avec laquelle cette secousse maxima identique est obtenue n'est pas toujours la même. Il peut y avoir diminution du temps de latence, ascension plus brusque. DASTRE.

**Nerf dépresseur et circulation bucco-labiale, par DASTRE et MORAT** (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, n° 23, 1882).

Les auteurs trouvent incomplète l'étude de l'innervation vaso-dilatatrice de l'oreille externe, et résument ainsi leurs nouvelles recherches sur ce sujet :

1° Des nerfs vaso-dilatateurs pour l'oreille externe naissent de la moelle dans la région cervico-dorsale ;

2° Ces nerfs, au sortir de la moelle, sont contenus dans les racines antérieures des paires rachidiennes correspondantes. On les trouve dans les racines les plus inférieures des plexus brachiaux, notamment dans la huitième paire cervicale et la première dorsale ;

3° Confondus d'abord avec les éléments nerveux centrifuges de toute catégorie qui sortent de la moelle par la voie des racines antérieures, les nerfs dilatateurs passent dans le tronc mixte qui fait suite à ces racines. Ils s'en détachent avec les rameaux communiquants et gagnent avec eux la chaîne du sympathique au niveau du ganglion premier thoracique.

En un mot, ces nerfs vaso-dilatateurs auriculaires ont leur origine dans la moelle ; ils sont contenus dans les racines antérieures et appartiennent au système grand sympathique ; ils se rapprochent donc des vaso-dilatateurs bucco-faciaux précédemment étudiés.

Si l'on coupe le nerf dépresseur de Cyon d'un lapin on ne voit aucune modification dans la circulation bucco-labiale. Il en est autrement quand on excite le bout central des branches pulmonaires sensitives du pneumogastrique.

Dans ce cas on constate une vaso-dilatation ou vaso-constriction. Quand il y a vaso-dilatation de la peau, il y a vaso-constriction des organes internes et *vice versa*. MARCUS.

**Recherches sur le rôle physiologique et pathologique des leucocytes du sang, par Al. SCHMIDT** (*Arch. de physiol.*, 1882).

Il existe des altérations du sang, véritables maladies où la décomposition physiologique des leucocytes acquiert une intensité qui dépasse les mesures ordinaires. Les produits de cette décomposition, entre autres le ferment de la fibrine, s'accumulent dans le liquide sanguin ; la proportion de fibrine diminue, la température s'élève et un épuisement du sang en globules blancs en est la conséquence directe. Ces altérations surviennent lorsque des liquides putrides ou de l'hémoglobine en solution entrent en

contact direct avec le sang ; l'effet de l'eau distillée est le même, quoique moins violent. Les liquides putrides et l'hémoglobine absorbés par le tissu sous-cutané, agissent dans le même sens, mais avec moins d'intensité. V. H.

**Ueber die Grösse des negativen Drucks im Thorax beim ruhigen Athmen (Sur la grandeur de la pression négative du thorax dans la respiration calme), par A. HEYNSIUS** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXIX, p.* 265).

L'auteur fait l'historique de la question. Il rappelle les premières recherches de Donders (1849) sur le retrait du poumon qui se produit à l'ouverture du thorax chez le cadavre ; la valeur de cette pression est fixée à 80 millimètres d'eau. La pression positive correspondant à l'inspiration est de 240 millimètres d'eau ; la force d'expiration de l'air est accrue, pendant la vie, par le tonus des muscles lisses. Pour mesurer le tonus, Donders opéra sur des lapins, des chats et des brebis, et il observa la chute de pression qui se produit après la mort. De même la diminution de volume à l'ouverture du thorax de l'animal est plus grande chez l'animal vivant que chez le cadavre, et la différence exprime précisément la force du tonus. Cette force fut fixée à 20 millimètres d'eau. On trouve ainsi en totalité 100 millimètres d'eau, c'est-à-dire 7 millimètres 1/2 de mercure pour la résistance du poumon à l'ampliation expiratoire ; dans l'ampliation inspiratoire la résistance pulmonaire est de 9 millimètres et elle atteint, sans doute, 30 millimètres dans l'inspiration maximum. Ces déterminations quantitatives, suffisantes pour l'époque où Donders opérait, n'ont pas une valeur absolue. Gerlach a montré que le tonus de muscles organiques n'exerce aucune valeur appréciable sur le volume des poumons ; d'autre part, sauf la mesure de cette valeur, les autres nombres de Donders sont arbitraires. Pour de Jager de Leyde (1879) la force de l'aspiration qui produit l'expansion des poumons dépasse le plus souvent 1 millimètre 1/2 de mercure. Le procédé de détermination de la force aspiratrice du poumon exige la connaissance de la quantité d'air de l'aspiration normale (500 cent. cubes). En injectant cette quantité d'air par la trachée on constate que la pression dans les poumons change à chaque épreuve nouvelle. On obtient à chaque fois des valeurs dfférentes lorsque l'on introduit la même quantité d'air; l'élasticité varie à chaque instant. On ne peut la déterminer ni chez le vivant, ni après la mort. Hutchinson a répété des expériences de ce genre. Il pensait que l'air expulsé par ouverture du thorax était *l'air de réserve*, c'est-à-dire celui qui peut être rejeté après l'expiration ordinaire par l'effort musculaire ; ce qui reste dans les poumons serait l'air résidual. En réalité, le cadavre contient encore de l'air de réserve. Hutchinson attribua à l'élasticité du poumon humain dans l'expiration 13,4 millimètres de mercure ; en réalité ce nombre devrait être réduit à 4,5 millimètres. La méthode la plus simple serait de mesurer directement la pression au moyen d'un manomètre relié à la cavité pleurale ; seulement on exclut ainsi la possibilité de mesurer les constantes relatives à la respiration vraiment normale. Adamkiewicz et Jacobson (1873) ont introduit une canule étanche dans le péricarde et déterminé la pression négative ; le trocart est introduit par le 4e espace intercostal. Ils trouvèrent une pression de 3 à 5 millimètres. Heger

et Spehl (1881) ont constaté, au moyen d'une fistule péricardique, les différences de pression qui existent dans le péricarde pendant l'inspiration et pendant l'expiration ; ils trouvèrent 2,4 et 5 millimètres. Luciani et Rosenthal (1880) ont eu recours à un moyen plus simple de déterminer les oscillations de la pression intrathoracique ; il s'agit simplement d'introduire une sonde dans l'œsophage, et de la mettre en rapport avec un manomètre. Si la sonde est introduite pendant la pause respiratoire, et qu'on la fasse communiquer avec un tambour inscripteur, les ordonnées serviront de mesure directe pour la dilatation et le retrait thoracique. On peut aussi, d'après ce principe, mesurer la valeur absolue de la pression négative, en introduisant la sonde fermée et en ne l'ouvrant qu'après pénétration dans l'œsophage. Rosenthal trouve aussi les mêmes valeurs que Jacobson et Adamkiewicz, c'est-à-dire 40 millimètres d'eau ou 3 millimètres de mercure comme pression négative. Chez le chien la pression serait un peu plus grande et l'on pourrait l'évaluer à 50 millimètres d'eau. Pour l'homme elle atteindrait de 40 à 60 millimètres et dans l'inspiration profonde de 100 à 120 millimètres. Ces déterminations, dues à Rosenthal et à Leube, supposent, comme celles d'Adamkiewicz et Jacobson, que la pression péricardique et œsophagienne sont les mêmes que la pression pleurale : Heynsius admet que la supposition est sensiblement exacte pour la pression péricardique, à la condition d'ajouter $1^{mm},5$ de mercure, au lieu de retrancher ce nombre comme ont fait Adamkiewicz et Jacobson. Quant à la pression œsophagienne elle ne peut être égale à la pression pleurale : la différence entre elles doit tenir à la résistance propre de la paroi œsophagienne. La théorie de Rosenthal est donc inexacte et les nombres qu'il a trouvés pour la pression négative et pour les différences de cette pression pendant l'inspiration et l'expiration sont trop faibles. D'Arsonval (1877) et Frédéricq (1882) ont fait des mesures directes: Le premier a trouvé une pression négative de 200-220 millimètres d'eau dans l'inspiration et de 150 millimètres dans l'expiration: soit 60 millimètres d'eau ou $4^{mm},4$ de mercure pour la différence de pression correspondant aux alternatives respiratoires. Frédéricq n'a pas donné de valeurs numériques. Heynsius croit nécessaire de recourir à la méthode indirecte de Donders et Hutchinson. Il opère sur un animal sacrifié par hémorragie de l'aorte abdominale, les vago-sympathiques coupés. On a préalablement déterminé la capacité respiratoire dans la respiration calme. On fait usage d'un appareil essentiellement réduit à une canule trachéale avec branches en T munies de robinets : l'une des branches du T communique avec un manomètre, l'autre avec un appareil accessoire, constitué de manière à introduire dans le poumon différentes quantités d'air mesurées à la pression normale. Pour remplir le poumon on ferme le robinet manométrique et l'on exerce une aspiration thoracique en abaissant le diaphragme. On peut ainsi introduire la quantité répondant à l'aspiration thoracique normale et des quantités plus grandes ou plus petites. Ceci fait, on ferme le robinet qui a servi à l'introduction et l'on ouvre le robinet manométrique. On cesse la manœuvre d'inspiration. Le manomètre donne alors une certaine pression positive que l'on mesure, et qui représente la différence des pressions dans l'inspiration et l'expiration normales. En second lieu, on rétablit la communication de la trachée avec l'extérieur, de manière que l'air comprimé dans le poumon s'échappe et que la pression atmosphérique soit rétablie à

l'intérieur comme à l'extérieur. Puis on referme ; on sectionne le thorax ; le poumon revient sur lui-même et l'air chassé par ce retrait agit sur le manomètre ; on mesure cette seconde pression ; celle-ci représente la pression pleurale négative à l'état d'expiration ; en l'ajoutant à la première on a la valeur absolue de la pression négative pleurale pendant l'inspiration.

L'auteur donne le tableau de ces valeurs chez différents animaux. Chez le chien on a pour la pression expiratoire environ 4 millimètres de mercure ; pour l'inspiration $7^{mm},1$ ; soit $3^{mm},1$ pour l'oscillation. Ce nombre moyen s'élève chez les chiens de forte taille dont le poids dépasse 10 kilogrammes ; on trouve alors les nombres 7,5,4 et 3,5. La détermination de la capacité respiratoire du lapin n'ayant pas été faite avec une exactitude suffisante, les mesures de pressions négatives normales de l'inspiration et de l'expiration n'ont pas donné de résultats aussi certains. La pression expiratoire est plus petite que chez le chien : elle est en moyenne de $2^{mm},5$.

Sans avoir fait de déterminations sur l'homme, l'auteur accepte comme valeurs approchées le chiffre de $4^{mm},5$ pour la pression négative expiratoire et $7^{mm},5$ pour la pression négative inspiratoire. DASTRE.

**Beiträge zur Kenntniss des Einflusses der Respiration auf die Circulation des Blutes (Contribution à la connaissance de l'influence de la respiration sur la circulation du sang), par S. TALMA** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXIX, p.* 311).

L'auteur passe en revue l'historique de la question, depuis les travaux de Donders et d'Einbrodt (1860) jusqu'à ceux de Quincke, Pfeiffer, Funke, Latschenberger, Kuhn, de Jager et de son élève Heynsius. Ces derniers ont fait connaître le changement de capacité des vaisseaux pulmonaires et les modifications du courant sanguin dans les différentes phases de la respiration. La capacité des vaisseaux pulmonaires dépend de trois facteurs ; de la pression du sang à leur intérieur, de la pression de l'air dans les poumons qui tend à les rétrécir, de la pression négative sur la plèvre qui tend à les élargir. Quant à la vitesse du courant sanguin à travers le poumon, elle dépend de la différence des pressions de l'artère et de la veine et de la capacité des vaisseaux pulmonaires. Il y a ainsi 5 facteurs dont on connaît la manière d'être pendant l'inspiration et quand celle-ci est suspendue. De Jager a fait ces déterminations, en injectant sous la pression de 40-80 millimètres de mercure du sang défibriné dans la veine cave ; l'inspiration était réalisée par une traction sur le diaphragme. On déterminait dans la carotide la pression et la quantité du sang en circulation. Cependant ce n'est pas seulement au changement de calibre des vaisseaux sanguins avec les conséquences qui en résultent qu'il faut attribuer les oscillations de la pression artérielle pendant les diverses phases respiratoires.

En laissant de côté les influences nerveuses on doit encore tenir compte avec Donders de l'influence de la phase respiratoire sur la diastole et sur la systole des cavités cardiaques. Talma opère sur des chiens immobilisés par la moindre quantité de curare suffisante pour supprimer l'action du vague sur le cœur. Par là, on élimine le réflexe cardiaque partant du pou-

mon sous l'influence de l'élévation de pression dans cet organe, et ce résultat est obtenu sans couper les vago-sympathiques. L'animal étant ainsi préparé, l'on applique sur la carotide le tonomètre, appareil enregistreur qui donne la pression absolue dans l'artère et les variations de cette pression. La pression de l'air à l'intérieur du poumon était obtenue en inscrivant le déplacement de la paroi abdominale. On entretenait la respiration artificielle à la manière ordinaire : toutefois le tube trachéal communiquait latéralement avec un réservoir d'air qui pouvait être amené à différents degrés de compression ou de dépression.

On constate d'abord que, pendant la respiration artificielle, la pression artérielle reste sensiblement la même :. celle-ci s'abaisse, au contraire, lorsque l'on élève la pression intrapulmonaire à 16 millimètres de mercure. Entre certaines limites l'abaissement de la pression artérielle est d'autant plus forte que l'accroissement de la pression gazeuse dans le poumon est plus considérable. Les premières contractions du cœur pendant la surpression intrapulmonaire lancent dans le système artériel beaucoup plus de sang que les suivantes : dans les conditions de l'expérience, le ventricule gauche reçoit pendant la diastole moins de sang que lorsqu'il n'y a point de compression. Les phénomènes inverses s'accomplissent lorsque la pression intrapulmonaire est abaissée. En interprétant ces résultats on comprend que l'abaissement de la pression du sang dans les artères a surtout pour cause l'obstacle à la dilatation du ventricule droit (moins résistant que le gauche) ; obstacle créé par l'accroissement de la pression intrapulmonaire. La diminution de la quantité du sang qui arrive au cœur gauche pourrait être due à la diminution du calibre des vaisseaux pulmonaires signalée par Quincke et Pfeiffer, de Jager et autres, ou bien la diminution de capacité du cœur droit pendant la diastole. L'auteur a voulu résoudre cette question expérimentalement et il a constaté que la part prépondérante appartenait à ce dernier facteur.

L'élévation de la pression intrapulmonaire et l'expiration naturelle exercent le même effet sur la pression artérielle : l'inspiration naturelle et la dépression intrapulmonaire artificielle doivent aussi être assimilées. Dans le premier cas, la dilatation des deux cœurs est entravée et diminuée : le cours du sang est entravé dans les vaisseaux pulmonaires par leur rétrécissement, mais surtout par l'obstacle à l'expansion diastolique du cœur droit. L'abaissement artificiel de la pression et l'inspiration normale ont des effets différents sur la pression artérielle et non par des effets identiques. Dans les deux cas il y a accroissement de l'expansion diastolique des cavités cardiaques ; il y a obstacle à la systole du cœur, et plus encore à la systole des artères ; et quant au cœur, l'obstacle est plus grand du côté du ventricule droit que pour le ventricule gauche. Il y a dilatation des vaisseaux pulmonaires et diminution des résistances au cours du sang dans le système de la petite circulation. Une faible dépression autour du cœur a pour résultat de favoriser la diastole et d'élargir les vaisseaux pulmonaires. S'il arrive que la systole du cœur droit soit peu entravée, les deux causes précédentes feront que dans l'unité de temps il s'écoule du cœur plus de sang que dans l'état normal. Aussitôt que l'entrave apportée à la systole a atteint un certain degré, la quantité du sang qui s'écoule s'abaisse ainsi que la pression artérielle. Il est clair que l'abaissement de la pression artérielle sera d'autant plus facile, pour une dépression pulmo-

naire déterminée, que le muscle cardiaque et la paroi du cœur droit sont plus faibles. L'inspiration naturelle abaissera d'autant plus la pression du sang que le coefficient de l'élasticité pulmonaire sera plus élevé.

A. DASTRE.

**Influence de la section des pneumogastriques sur l'exhalation de l'acide carbonique par les poumons, par GRÉHANT** (*Compt. rend. de la Soc. de biol., n°* 12 ; 1882).

L'auteur a recherché sur des chiens les conditions qui font varier l'acide carbonique dans l'exhalation pulmonaire. Il a constaté ainsi que la section d'un seul pneumogastrique ne modifie nullement la proportion de l'acide dans l'air expiré. La section des deux nerfs pneumogastriques ralentit seulement les mouvements respiratoires.

M. Gréhant a vu, qu'une demi-heure après l'injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine par kilogramme du poids d'animal, la proportion de l'acide carbonique dans l'air expiré est devenue trois fois moindre.

Si l'on admet, ce qui paraît rationnel, que la quantité d'acide carbonique qui se forme dans tout l'organisme en un temps donné est égale à celle qui est exhalée par la respiration dans le même temps, et s'il est vrai, d'autre part, que l'acide carbonique n'est pas retenu dans les tissus pendant le sommeil artificiel, il faut conclure, que pendant le sommeil provoqué par la morphine, la production d'acide carbonique est trois fois moindre qu'à l'état normal.

MARCUS.

**Die Methoden zur Bestimmung der Menge der Residualluft (Les méthodes d'évaluation de l'air résidual), par SPECK** (*D. Arch. f. klin. Med. XXIII, p.* 54; 1883).

Speck fait la critique des procédés de Neupauer et de Waldenburg. Il expose une méthode dont il s'est lui-même servi pour estimer la quantité de l'air résidual.

Lorsque l'on chasse par l'expiration une certaine quantité d'air dans une cloche remplie d'eau, on chasse de cette cloche une certaine quantité d'eau qui mesure exactement l'air expiré. Il est facile de mesurer ainsi l'air vital et l'air de réserve ; grâce à un manomètre adapté à la cloche, on fait varier la pression dans cette cloche. Au moment d'une expiration forcée, la pression intrapulmonaire se trouvera elle-même modifiée. Si cette pression est augmentée, l'espace occupé par l'air résidual, demeurant le même, la quantité d'air qu'il renferme, augmentera cependant en vertu de la compression subie. Il sera facile alors de mesurer dans la cloche quelle est l'augmentation de l'air résidual, puisque cette augmentation sera précisément donnée par la différence qui existe entre la quantité d'air introduite dans cette cloche sous deux pressions différentes.

Il est facile dans ces conditions d'établir une proportion algébrique dans laquelle x représente l'air résidual, et de déduire des chiffres connus la valeur de cette inconnue.

Par cette méthode, Speck est arrivé à des résultats plus faibles que

ceux de Neupauer et de Waldenburg, et qui concordent parfaitement avec les chiffres donnés par Gréhant.

En prenant les chiffres de Gréhant on obtient 990 à 1424 centimètres cubes, pour l'air résidual et Speck, par sa méthode, arrive à une moyenne de 1000 à 700 centimètres cubes pour ses propres poumons. A. M.

**Ueber Unregelmässigkeiten des Zuckungsgesetzes am lebenden Menschen, par JOLLY.** (*Berlin. klin. Woch. n°* 28, *p.* 437, 10 *juillet* 1882.)

L'auteur a fait des recherches méthodiques relativement à la formule des contractions musculaires, sur 14 individus sains. En excitant le nerf au niveau du deltoïde, il a trouvé que chez quatre d'entre eux la formule de contraction était anormale.

En faisant porter l'excitation directement sur le muscle, sept des individus offrirent des irrégularités consistant en ce que la contraction de fermeture pour l'anode était aussi énergique que pour la catode; d'autres muscles montrèrent les mêmes irrégularités.

Au niveau de l'extrémité inférieure du biceps, Jolly n'obtint pas une seule fois la formule de contraction normale.

Il explique cette prédominance singulière de la contraction de fermeture pour l'anode de la façon suivante. Le courant irradiant de l'anode dans le muscle et le nerf produit au moment où il sort de ceux-ci une catode virtuelle d'où part l'excitation.

Si l'on admet cette explication, les cas où l'on constate des irrégularités dans la loi de contraction deviennent moins étonnants que ceux où l'on trouve la formule régulière.

La conclusion pratique de ces recherches, c'est qu'on ne peut utiliser la formule de contraction au diagnostic différentiel des affections du muscle et du nerf. En ce qui touche spécialement la réaction de dégénérescence, la modification constatée dans la formule de contraction ne doit plus être considérée comme caractéristique. J. B.

**Phénomènes microscopiques de la contraction des fibres striées, par Ch. ROUGET** (*Rapport sur l'école des hautes études*, 1880-1881).

Les changements qui se produisent dans l'aspect des fibres striées pendant la contraction sont comme ceux que l'on observe dans les fibres lisses, le résultat d'un plissement des fibrilles et du faisceau qu'elles constituent; dans certains états d'allongement extrême, qui ne se produisent que dans des conditions artificielles et anormales, l'extension mécanique forcée, la contraction par ondes et certaines formes de rigidité, les fibres striées peuvent devenir complètement lisses. Dans l'état d'allongement maximum normal, elles sont caractérisées par la présence de plis permanents régulièrement espacés, l'intervalle compris entre deux de ces plis correspond à la prétendue *case musculaire* et les plis eux-mêmes aux prétendues membranes ou cloisons de séparation des cases.

Pendant la contraction, le segment de fibrille ou de faisceau, compris entre deux plis fixes, s'infléchit, se creuse d'une gouttière, dont les bords se rapprochent graduellement en même temps que la profondeur aug-

mente à mesure que la contraction s'accroît (disque médian des Allemands). Quand celle-ci a atteint sa dernière limite, les bords de la gouttière sont complètement accolés, ne laissant entre eux qu'un sillon linéaire (strie de Hensen) ayant exactement les mêmes caractères que la strie foncée (disque intermédiaire des Allemands), qui marque la place des plis permanents et qui n'est, en effet, autre chose que l'interstice de séparation des deux bords accolés (disques accessoires) d'un pli permanent. Les bords saillants du pli transitoire (pli de contraction) ont un de leurs versants clair (zone isotrope), l'autre ombré et foncé (disque transversal anisotrope des Allemands). Le profil des faisceaux et des fibrilles isolées présente une ligne onduleuse dont les courbes, alternativement saillantes et rentrantes, correspondent exactement aux saillies et aux dépressions des plis permanents et des plis de contraction. ASSAKY.

**Recherches sur les variations de l'élasticité des muscles striés pendant la contraction, par Ch. ROUGET** (*Rapport sur l'école pratique des hautes études*, 1881-1882).

Loin de diminuer, la résistance des muscles à l'allongement augmente pendant la contraction. Pour des poids qui ne dépassent pas l'équivalent du travail normal d'un muscle, le muscle, chargé pendant qu'il se contracte, ne perd qu'une fraction du raccourcissement acquis par la contraction; déchargé d'un poids donné pendant sa contraction, le muscle se raccourcit plus qu'il ne s'était allongé sous la tension du poids. L'accroissement de la force de ressort du muscle pendant la contraction est donc un facteur important du travail accompli par la contraction musculaire, ainsi que de la contraction musculaire elle-même. ASSAKY.

**Versuche über die Innervation der Hautgefässe (Recherches sur l'innervation des vaisseaux cutanés), par S. LEWASCHEW** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXVIII, p.* 389).

L'auteur s'est proposé de déterminer la distribution des nerfs vasomoteurs dans la peau des extrémités. Il a recherché sur quelles régions du membre inférieur s'exerce l'influence de tel ou tel nerf déterminé. Comme il ne se proposait point de distinguer les uns des autres les nerfs constricteurs et les dilatateurs, ce qui exclurait la méthode thermique, il a pu employer le thermomètre pour la recherche des effets vasculaires. Les thermomètres étaient introduits par une boutonnière sous la peau et fixés de manière à ne pas changer de position pendant toute la durée d'une expérience. On opérait principalement sur le chien, mais, à l'occasion, sur le chat et le lapin.

Les premières recherches ont porté sur le sciatique. Elles conduisent aux conclusions suivantes : La section et l'excitation du sciatique déterminent dans la peau des orteils, du pied et de la jambe, des changements de température assez considérables, plus ou moins nets dans certains cas. Les changements de température sont le plus marqués dans les parties les plus éloignées du membre et d'autant moindres que l'on se rapproche davantage de sa base. Si l'on coupe tous les autres nerfs qui pourraient

servir de voie à des réflexes, la section et l'excitation du sciatique continuent à agir de la même manière. Ces faits établissent que le sciatique innerve les vaisseaux cutanés de la jambe, du pied et des orteils. On observe quelquefois, dans certaines parties de ces régions des effets différents, la température y restant invariable ou subissant des changements inverses. Ces variations tiennent probablement à l'influence des centres périphériques sur les vaisseaux de ces parties. La température de la peau est d'autant plus basse que l'on s'éloigne davantage du centre; elle est moindre à la face externe qu'à la face interne. Cette distribution de la température tient à une condition de l'appareil vasculaire réglée par l'appareil vaso-moteur.

En second lieu, l'auteur a étudié l'influence du nerf crural. Schiff, Loven, Dogiel, Masius, Van Lair et Goltz se sont déjà occupés de ce problème et sont arrivés à des résultats différents. Lewaschew résume ses propres observations de la manière suivante : La section et l'excitation du crural déterminent très souvent des changements de température dans la peau de la cuisse, de la surface interne de la jambe, du pied et des orteils, la section déterminant une élévation, l'excitation déterminant un abaissement. Ces effets sont plus constants sur la face interne de la cuisse, moins sur la face interne de la jambe, moins encore sur la face externe, sur le pied et les orteils. Lorsqu'ils se produisent, ils atteignent leur maximum sur la face interne de la jambe et vont en diminuant sur les autres parties, la grandeur de l'effet étant en proportion de sa fréquence. Ce sont des phénomènes directs qui ne disparaissent point lorsque l'on a coupé tous les autres troncs nerveux pouvant donner lieu à des réflexes. Quant à leur grandeur, elle est insignifiante en comparaison des effets vaso-moteurs dus au sciatique; d'où la conclusion que le crural contiendrait beaucoup moins de filets vaso-moteurs que ce dernier nerf. Il arrive très fréquemment que ni la section ni l'excitation ne déterminent d'effet thermique appréciable; le résultat négatif en question dépend sans doute de circonstances accessoires qui ont émoussé l'excitabilité du nerf ou nui à la constatation de phénomènes thermiques qui sont déjà très faibles normalement. On observe aussi des cas aberrants dans lesquels l'effet thermique est directement opposé au résultat ordinaire; par exemple, la section peut produire une chute thermique et l'excitation un accroissement de température. Les causes de ces renversements et de ces variations sont de même nature que pour le sciatique. Il faut noter enfin que la section de tous les autres troncs nerveux ne modifie point l'action exercée directement par le crural; par conséquent, cette action n'est pas le résultat d'une compensation.

Dans une troisième partie de son mémoire, l'auteur examine les effets des autres troncs nerveux du membre postérieur. Le fémoro-cutané externe détermine, assez souvent lorsqu'on l'excite, plus rarement lorsqu'on le coupe, des variations thermiques dans la peau des régions externe et interne de la cuisse : élévation lorsque l'on sectionne, abaissement lorsque l'on excite. L'effet se manifeste plus souvent et avec plus d'intensité sur la face externe, moins fréquemment et avec moins d'évidence sur la face interne. Le fémoro-cutané postérieur agit de la même façon sur la face interne et surtout sur la face postérieure de la cuisse. Ces actions sont dues à l'influence directe de ces deux nerfs et non à quelque influence

réflexe, puisqu'elles subsistent lorsque l'on supprime toutes les voies indirectes qui pourraient servir aux réflexes. D'ailleurs, en comparaison des effets énergiques du sciatique, ceux-ci sont presque insignifiants, les troncs nerveux qui les produisent contenant vraisemblablement un très petit nombre de filets vasculaires. Les variétés et les différences qui s'observent dans l'action de ces filets tiennent sans doute aux variétés de leur nombre; en tous cas, ces phénomènes ne sont point des phénomènes de contre-coup ou de compensation, ils appartiennent réellement et fonctionnellement aux filets qui les déterminent.

Les résultats de ces recherches sont directement confirmés par les expériences exécutées sur la moelle épinière. On vient de voir que, pour une région déterminée, les effets vaso-moteurs sont dus aux mêmes nerfs que les autres effets fonctionnels; les mêmes troncs apportent à chaque région tous les genres d'influence nerveuse. De plus, le sciatique est le plus énergique des nerfs du membre inférieur quant à ses effets vaso-moteurs; les autres sont incomparablement plus faibles. Or, l'excitation de la partie inférieure de la moelle fournit un résultat du même genre; on voit des changements de température notables dans la peau des orteils et du pied, moindres dans la jambe, insignifiants dans la cuisse. L'appareil vaso-moteur est bien développé à la périphérie du membre et de moins en moins nettement vers sa racine; cette circonstance tient sans doute au moindre développement des vaisseaux cutanés à mesure que l'on remonte vers la base de la cuisse et au moindre développement des vaso-moteurs des parties profondes. La température des parties périphériques dépend plus des conditions extérieures que des conditions internes. Ce résultat a une importance évidente relativement à l'appréciation des fonctions de la peau. DASTRE.

**1. Hat die Concentration des Samens einen Einfluss auf das Geschlecht? — 2. Ueber die das Geschlecht bestimmenden Ursachen, und die Geschlechtverhältnisse der Frösche. — 3. Ueber die parthogenetische Furchung der Eier der Amphibien. — 4. Wirkt der Saft der Hoden nicht brünstiger Männchen befruchtend? — 5. Die Bastardzeugung bei den Batrachiern. — 6. Versuche der Befruchtung überreifer Eier. — 7. Zur Entwickelungsgeschichte der Geburtshelferkröte (Alytes obstetricans) (1. La concentration du sperme a-t-elle une influence sur le sexe? — 2. Sur les causes que déterminent le sexe et sur la proportion des sexes chez les grenouilles. — 3. Sur la segmentation parthogénétique des œufs d'amphibiens. — 4. Le suc des testicules de grenouilles mâles qui ne sont pas en accouplement est-il fécondant? — 5. De la formation des hybrides chez les batraciens. — 6. Recherches sur la fécondation des œufs ultra-mûrs. — 7. Contribution à l'histoire du développement de l'alytes obstetricans (crapaud accoucheur), par E. PFLÜGER** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXIX, p.* 1, 13, 40, 44, 48, 76, 78, 88).

Ces mémoires forment une série de recherches sur la génération : ils remplissent un fascicule des *Archives de physiologie générale.*

1. — Pour déterminer le degré d'influence que peut exercer sur la fécondation et sur le sexe des germes, le degré de concentration de la semence, Pflüger a opéré de la manière suivante : Il fait deux lots des

œufs d'nne femelle en prenant toutes précautions pour qu'il n'y ait entre eux aucune différence de condition appréciable. Il faut pour cela des précautions nombreuses et minutieuses que l'auteur indique avec détails. Ceci fait, les deux lots sont fécondés artificiellement au moyen de la semence d'un même mâle, pure dans un cas, étendue d'eau dans l'autre cas. On observe le développement et, après trois mois, on compte les mâles et les femelles qui se trouvent dans l'un et l'autre aquarium. Cet examen est fait avec le microscope simple. Voici les résultats : La mortalité pour le sperme concentré a été de 54, 5 0/0; pour le sperme étendu de 43,4 0/0. Avec le sperme concentré on a eu, en ramenant les proportions à 100, 48,4 mâles, 51,6 femelles. Avec le sperme étendu, 48,5 mâles et 51,4 femelles. Les proportions sont identiques; d'où la conclusion que la concentration de la semence n'a aucune influence sur le sexe.

2. — En suivant le développement des larves, Pflüger a remarqué un fait déjà signalé par Born. C'est que, dans certains cas, les mâles disparaissaient presque complètement. Il en subsistait seulement 13 0/0 en moyenne. L'explication du résultat consistait à dire que la mortalité était plus forte sur les mâles. Mais cette explication n'est pas correcte : il n'y a pas de relation précise entre le sexe et la mortalité. Cette mortalité excessive des mâles serait d'ailleurs un fait absurde. La rana fusca, par exemple, s'apparie au mois de mars : le même mâle reste accouplé à la même femelle pendant des semaines et, à un moment donné, en quelques minutes, tous les œufs sont pondus et fécondés. Cette ponte ne peut se faire sans le secours du mâle. Si l'on sépare le mâle de la femelle avant la ponte, les œufs ne sont pas expulsés le plus souvent, ils meurent dans l'utérus et la femelle meurt aussi. Le mâle est ainsi une sorte d'accoucheur pour la femelle, rôle qui serait inconciliable avec la disproportion numérique signalée plus haut. En fait, si l'on compte les mâles et les femelles parmi un grand nombre de grenouilles de l'année, on trouve les résultats suivants : à Utrecht, 13 0/0; à Bonn, 36,3 0/0; à Königsberg, 48,5 0/0. Dans les aquariums, on a obtenu pour les mêmes races des nombres identiques. Les conditions expérimentales n'ont donc pas d'effet. La proportion des sexes est un caractère de race. Si l'on examine des grenouilles plus vieilles, on trouve pour les trois races précédentes des nombres sensiblement égaux pour les mâles et pour les femelles; la détermination est faite par les caractères extérieurs du sexe, callosités noires du pouce, coloration de l'abdomen, développement de l'avant-bras. On conclut de là que, parmi les jeunes grenouilles, il se fait un retour du sexe mâle au sexe femelle. Pflüger établit donc qu'il y a chez les jeunes grenouilles un nombre considérable d'hermaphrodites véritables dont les glandes sexuelles ont toute l'apparence d'un ovaire. C'est seulement dans la seconde ou la troisième année que cette glande hermaphrodite se change en testicule. L'excès du nombre des femelles n'est donc qu'une apparence résultant de ce que l'on compte comme telles des hermaphrodites temporaires. En rapprochant ce résultat des précédents on voit que le degré de développement relatif de cet hermaphroditisme est une affaire de race.

3. — Lorsqu'on séquestre complètement une femelle de grenouille, de manière à écarter toute possibilité de contact avec le sperme, on cons-

tate que les œufs mûrs ne présentent jamais de trace de segmentation.

4. — Chez beaucoup d'animaux le rut ne se reproduit qu'une fois par an, dure peu de temps et disparaît sans laisser de traces. Chez la grenouille cette période dure un mois. L'instinct sexuel est si fort que le mâle s'accouple à des femelles de crapaud, à d'autres mâles, à des femelles mortes, et cela lors même que l'on a pratiqué l'ablation du cerveau. Combien de temps dure l'activité de la semence ? Pflüger s'est assuré qu'elle diminuait successivement. Après un mois, les signes extérieurs de la sexualité ayant presque disparu, les testicules étant très petits et leur macération ne troublant plus l'eau, la fécondation artificielle a pu néanmoins se faire et elle a donné, sur une centaine d'œufs qui se segmentèrent, sept jeunes femelles de grande taille à ovaires énormes.

5. — C'est un fait très remarquable que les batraciens ne fournissent point d'hybrides. Quelques auteurs, Koch (1871), Schlothauber (1844), ont décrit pourtant ces hybrides : le premier considère la rana arvalis comme l'hybride de la rana fusca et de la rana esculenta, la rana agilis comme l'hybride de la rana fusca et de la rana arvalis. De même, on a admis des hybrides de crapaud. Mais Leydig a contesté le bien-fondé de ces observations et de l'Isle n'a pu réussir à produire un seul cas d'hybridité. Pflüger a répété les expériences : il a essayé des croisements de rana fusca et de triton alpestris, de rana fusca et de triton tœniatus, de rana fusca et de bufo vulgaris, de la même avec la rana esculenta. Il a mélangé des œufs de rana fusca avec le sperme du cobaye, du lumbricus terrestris; enfin il a essayé des croisements de différentes espèces de triton. Dans la plupart des expériences il s'est mis à l'abri de l'objection de la dichogamie, en prenant des espèces de pays différents. Il a vérifié ainsi l'assertion de Spallanzani qui déclare n'avoir jamais pu obtenir des hybrides d'amphibiens. Le fait remarquable auquel arrive Pflüger, c'est que dans beaucoup de cas il y a fécondation et segmentation et que le développement ultérieur s'est arrêté. Par exemple, les œufs de la rana fusca, fécondés par le sperme du triton alpestris ont donné une fécondation traduite par une segmentation irrégulière. L'auteur décrit ces segmentations hybrides. La semence de rana fusca féconde les œufs du crapaud vulgaire. Mais, dans ces deux cas, l'inverse n'est pas vrai : il n'y a point de réciprocité. Si la semence de l'espèce A féconde l'œuf de l'espèce B, inversement la semence de B ne fécondera point l'œuf de A. Enfin Pflüger critique l'opinion de de l'Isle qui est contraire à ce résultat.

6. — Si l'on empêche les grenouilles de pondre, les œufs restent dans l'utérus, ne s'y conservent pas vivants au delà de quatorze jours. On peut avoir ainsi des œufs passés ou ultra-mûrs. Pflüger a étudié la fécondation de ces œufs. C'est une question qui se rattache aux théories de Thury à propos de l'influence du degré de maturité de l'œuf sur les sexes. Les résultats n'ont pas été suffisamment nombreux pour permettre une conclusion. Le seul fait remarquable, c'est que la fécondation de ces œufs passés a fourni des animaux dont les glandes sexuelles restaient longtemps atrophiées.

7. — Pflüger décrit des têtards de dimensions considérables trouvés au commencement d'avril, c'est-à-dire avant l'époque du frai des batra-

ciens les plus précoces et qui, en conséquence, avaient dû passer l'hiver. Ils possédaient un orifice branchial ou spiraculum sur la ligne médiane, ce qui est, d'après Lataste, un caractère de la larve d'Alytes. Il n'y a que deux espèces qui aient ainsi des larves géantes, c'est le pelobates et l'alytes. Pflüger en donne une description. DASTRE.

**Ueber Azoospermie bei gesunden und kranken Menschen (De l'azoospermie chez l'homme sain et malade), par BUSCH** (*Zeitschr. f. Biol., Band XVIII, p.* 496).

Après avoir rapidement passé en revue les travaux antérieurs sur l'azoospermie, Busch donne les résultats de ses recherches sur la quantité de spermatozoïdes trouvés chez divers individus bien portants ou malades de 16 à 74 ans. En voici le résumé :

Individus morts subitement : beaucoup de spermatozoïdes dans 4 cas, peu dans 3 cas, absents dans aucun.

Individus atteints de maladies aiguës : pas de spermatozoïdes 2 cas, peu 3, beaucoup 9.

Individus atteints de phtisie pulmonaire : pas de spermatozoïdes 14 cas, peu 20, beaucoup 8.

Individus atteints d'autres maladies chroniques : pas de spermatozoïdes 11, peu 13, beaucoup 13.

Busch énumère ensuite rapidement les causes d'azoospermie (arrêt de développement des testicules, affection des testicules, maladies générales, atrophie sénile). L. D.-B.

**Neue Untersuchungen über Menstruation und Ovulation, par LEOPOLD** (*Archiv für Gynækologie, Band XX, Heft* 2).

L'auteur étudie les rapports qui existent entre la rupture du follicule de Graaf et l'hémorragie menstruelle. Y a-t-il rupture d'un follicule à chaque menstruation? Pour résoudre cette question, il serait nécessaire d'examiner une nombreuse série d'ovaires fraîchement enlevés sur le cadavre ou sur le vivant, et de constater l'état des corps jaunes aux différents jours qui suivent l'époque menstruelle. L'auteur a examiné, dans ce but, 25 paires d'ovaires et il a constaté qu'à toute période de l'intervalle intermenstruel, il peut y avoir rupture d'un follicule et expulsion d'un œuf.

C. Ruge (Berlin) fait remarquer que dans la plupart des cas observés par Leopold les conditions physiologiques normales ont été modifiées soit par la maladie, soit par des influences consécutives à la mort.

Leopold répond qu'il n'a tenu compte que des ovaires qui lui ont paru extrêmement sains. H. DE BRINON.

**L'hyperhydrose axillaire des personnes nues, par P. AUBERT** (*Ann. de dermat. et de syphil., p.* 685, 1882).

Tous les dermatologistes ont observé que si l'on examine un homme absolument nu dans une salle dont la température est inférieure à celle du corps, on voit au bout de quelques minutes la sueur couler des aisselles ou tout au moins la moiteur de celles-ci s'exagérer.

C'est ce phénomène que l'auteur a étudié sur 223 malades hommes. Ses recherches fort intéressantes l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° L'hypersécrétion sudorale de l'aisselle chez les personnes nues est un fait presque constant.

Cette hypersécrétion, chez le tiers environ des sujets observés, va jusqu'à produire un ruissellement de la sueur qui coule de l'aisselle sur la face interne du bras et la paroi du thorax, parfois jusqu'à terre.

2° Elle est plus prononcée quand le bras est rapproché du tronc que si le creux axillaire est séparé à l'air, et quand sur un sujet l'un des bras est relevé et l'autre rapproché du corps ; l'hyperhidrose est moins constante et moins accusée du côté où le bras est relevé.

3° La raison principale du phénomène paraît être une élévation de la température axillaire contrastant avec le refroidissement du reste de la surface cutanée sous l'influence du froid extérieur. La réalité du fait est prouvée par l'expérience qui montre que la température de l'aisselle chez les sujets nus s'élève en moyenne d'un demi-degré (conclusion tirée de 12 expériences). La durée de cette élévation thermique est de plus d'une demi-heure. La demi-nudité de la moitié inférieure ou supérieure du corps humain détermine également une élévation, mais un peu moins considérable, de la chaleur axillaire. C'est selon toute probabilité cette excitation thermique qui fait entrer en activité les grosses glandes cutanées de l'aisselle. L'auteur, parlant de ces glandes, emploie le terme de rein axillaire et compare l'hyperhydrose de l'aisselle *à frigore* à l'hypersécrétion urinaire de même nature. Il admet, en outre, que l'émotion causée par la nudité peut jouer le rôle de cause adjuvante mais d'importance secondaire.

Accessoirement, il faut observer que les variations physiologiques de la température axillaire changent, soit d'un seul côté, soit d'un côté à l'autre ; aussi, le temps et le soin qu'exige la prise de cette température doivent la faire rejeter des recherches cliniques exactes. Il faudrait, d'après lui, de 10 à 20 minutes pour prendre la température de l'aisselle.

H. DANLOS.

**Experimentelle Untersuchungen über die Strömung der Luft in der Nasenhöhle (Recherches expérimentales sur les courants d'air dans la cavité des fosses nasales), par E. PAULSEN** (*Sittzungsb. der kais. Akad. der Wiss., Wien, Band LXXV, p.* 352).

Bidder a admis que, dans la respiration tranquille, le courant d'air se fraye le chemin le plus court, à la face inférieure de la cavité nasale. Dans l'inspiration profonde les narines se dilatent et donnent accès à une plus grande quantité d'air animée d'un mouvement plus rapide : le cornet inférieur brise le courant et envoie la partie supérieure dans les régions élevées des fosses nasales, qui constituent la partie olfactive. H. Meyer a fait jouer le rôle principal au cornet moyen. Celui-ci est la continuation du canal pharyngien et c'est là que la raréfaction due à l'inspiration thoracique se fait d'abord sentir. La direction du courant d'air est la résultante de la force qui le précipite verticalement à travers les narines et de celle qui le dirige en arrière dans le cornet moyen : cette direction résultante s'approche de l'horizontale quand l'aspiration est forte, de la verticale lors-

qu'elle est faible. L'auteur signale encore les explications de Fick (1867) de Braune et Clasen et de Zuckerkandl (1882). Il a repris la question au moyen d'expériences directes exécutées sur des pièces anatomiques. La tête était sectionnée au-dessous du larynx : celui-ci mis en rapport par un tube de diamètre égal à la trachée avec un sac de caoutchouc de capacité sensiblement égale à celle du poumon, de manière à simuler, aussi exactement que possible, la respiration normale. Pour déterminer le trajet du courant d'air, les fosses nasales étaient recouvertes de papiers réactifs qui changeaient de couleur sous l'action d'un gaz mélangé à l'air. L'intensité de la coloration correspondait à l'intensité du courant gazeux. On peut employer, par exemple, le gaz ammoniaque et le papier tournesol. L'auteur étudie de cette façon le courant inspiratoire et le courant expiratoire. Il fait suivre cette étude de quelques recherches sur les conditions de l'olfaction. Il rappelle l'expérience de Fick qui consiste à introduire dans la cavité nasale un bout de caoutchouc dont l'autre extrémité plonge dans le col d'une bouteille contenant un liquide odorant. Si le tube est dirigé suivant le plancher des fosses nasales ou dans le sinus moyen, on ne perçoit presque aucune odeur. Si on le dirige vers la partie supérieure de la cloison nasale, l'odeur devient intense. L'odeur devient de plus en plus faible lorsque l'on obstrue les parties les plus antérieures des narines : l'obstruction de la partie postérieure du même orifice ne produit point de changement. Ce résultat se vérifie et s'explique par les faits observés par Paulsen. Une planche annexée au mémoire permet d'en saisir rapidement les résultats principaux. DASTRE.

**Zur Kenntniss der Leistungen des Peptons im Organismus (Transformations de la peptone dans l'organisme), par SEEGEN** (*Wien. med. Woch.*, *n°* 11, 1883).

L'auteur a recherché de quelle façon les peptones étaient utilisées par le foie. Dans cinq expériences il a pris des morceaux de foie d'un animal fraichement tué qu'il a mis en contact pendant un temps suffisant avec une solution de peptone en ayant soin de les arroser de sang bien aéré ; d'autres fragments des mêmes glandes étaient simplement traités par l'eau. En comparant les deux variétés de fragments glandulaires au point de vue du contenu en sucre, il a constaté que les premiers sont beaucoup plus chargés de sucre que les autres (l'augmentation est de 70 0/0). Donc le foie, sous l'influence du courant sanguin artériel, transforme la peptone en sucre ; cette glande est incontestablement un des agents les plus actifs de la transformation des peptones. L. GALLIARD.

**Sur les fonctions des appendices pyloriques. Note de R. BLANCHARD** (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 23 *avril* 1883).

Les organes tubuleux qui, chez les poissons osseux, sont annexés à l'origine de l'intestin grêle, produisent un liquide qui digère énergiquement l'amidon cuit, plus faiblement l'amidon cru, et transforme les albuminoïdes. Ces appendices ne sont donc que des représentants imparfaits du pancréas, puisqu'une importante fonction de cet organe, l'émulsion et le dédoublement des graisses, ne leur est point dévolue. M. DUVAL.

# CHIMIE MÉDICALE.

**Manuel systématique d'analyse chimique volumétrique, par Francis SUTTON ; traduit par MÉHU, sur la 4e édition anglaise** (*In*-8°, *Paris*).

Tel est le titre d'un traité d'analyse volumétrique dont M. Méhu vient de publier la traduction.

Le cadre de cet ouvrage est trop vaste pour que nous en donnions ici une analyse complète ; nous en indiquerons seulement le plan général en insistant un peu sur les deux chapitres qui intéressent plus particulièrement la médecine : l'analyse de l'urine et l'analyse des eaux.

Le livre est divisé en sept parties. La première contient les principes généraux, la description des appareils. Dans la seconde partie se trouvent exposées les différentes méthodes d'analyse par saturation.

L'analyse par oxydation ou réduction forme la troisième partie. La quatrième partie comprend l'analyse par précipitation. Une cinquième partie indique l'application à l'analyse de chaque corps en particulier des principes contenus dans les chapitres précédents.

La sixième partie est la plus intéressante pour le médecin ; elle donne, entre autres, l'application de l'analyse volumétrique à l'examen des urines et à celui de l'eau. Pour ces sujets, l'auteur facilite grandement le travail du chimiste en indiquant la pratique de l'analyse et en donnant un exemple. Cette excellente idée est, d'ailleurs, aussi bien appliquée dans les chapitres précédents. Nous y trouvons : le dosage du chlore par les procédés de Mohr, de Pibram, de Liebig. Le dosage de l'urée y est indiqué par les procédés de Liebig avec les corrections de Rautenberg et Pflüger ; le procédé par l'hypobromite de soude est fort bien exposé. Les dosages de l'acide phosphorique, de l'acide sulfurique, du sucre, de l'acide urique, de la chaux et de la magnésie, de l'ammoniaque, de l'acide libre, de l'albumine, de la soude et de la potasse, enfin la détermination totale des matières solides et du poids total des sels y sont très clairement résumés.

L'analyse des eaux, si importante et si difficile, y est traitée d'une manière remarquable. Elle comprend une partie chimique très complète en même temps que les caractères physiques importants.

Cette sixième partie contient aussi l'analyse du sol et des engrais.

L'analyse des gaz forme la septième et dernière partie. Elle ne le cède en rien aux précédentes pour la clarté et la précision des méthodes qui y sont exposées.

En résumé, cet ouvrage est un livre qui rendra service aux médecins autant qu'aux pharmaciens et aux chimistes.

Le nom du docteur Méhu, traducteur de l'ouvrage, suffisait, du reste, à en garantir la valeur.

E. VARENNE.

**Studien über die Verdauung der Kuhmilch und über die Mittel ihre Verdaulichkeit zu erhöhen (Études sur la digestion du lait de la vache et sur les moyens d'en augmenter la digestibilité), par J. UFFELMANN** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXIV, p.* 339 ; *Centralblatt f. d. med. Wiss., n°* 24, 1883).

1° L'auteur étudie d'abord la manière dont se comporte le lait en présence des acides étendus. L'action de l'acide chlorhydrique sur le lait de vache a été étudiée déjà par Fleischmann (1875), qui a signalé ce fait que les solutions faibles provoquaient un précipité poussiéreux. Si l'on ajoute successivement du lait à 10 centimètres cubes d'acide chlorhydrique à 2 0/00, le mélange est trouble ; il donne ensuite un fin précipité poussiéreux, et, en dernier lieu, d'épais flocons : ceux-ci apparaissent lorsque l'on a ajouté 7 à 8 centimètres cubes de lait. Dans certains mélanges, la coagulation qui n'a pas lieu à froid se produit à chaud ; en augmentant la proportion de lait (jusqu'à 8 pour 2,5), il n'y a de coagulation ni à la température ordinaire, ni à l'ébullition, ni par le contact prolongé. Après 24 heures, le quart des albuminoïdes qui y sont contenus est transformé en peptones; les trois quarts restent inaltérés. Le mélange a donc une valeur diététique réelle. On peut l'employer de la manière suivante : après avoir obtenu le précipité floconneux par l'addition de lait ordinaire à la solution acide, on filtre, et l'on obtient un filtrat faiblement acide qui, outre le sucre et les sels, contient des albuminoïdes et des peptones dissous, a un goût agréable et est d'une digestion facile.

2° Un second acide a été essayé : c'est l'acide lactique. Il agit essentiellement comme l'acide chlorhydrique, à cela près que le précipité exige pour se former de moindres quantités d'acide, et que le coagulum n'est pas soluble dans un excès de liqueur.

3° *Digestion artificielle.* Les digestions artificielles ont été essayées avec des liqueurs formées de 2 0/00 d'acide HCl et de 0,8 à 1 pour 100 de pepsine active; ou bien de 1,5 de HCl, 0,5 d'acide lactique et la même quantité de pepsine. Les phénomènes dépendent des quantités relatives de lait et d'acide. Si ces quantités correspondent au cas où il n'y a point de précipité ou seulement un précipité poussiéreux, la digestion ne donne pas autre chose que des flocons spongieux : lorsque la caséine est précipitée en gros flocons, la peptonisation est difficile, et le même état se maintient pendant toute la digestion; lorsque la proportion d'acide est assez faible pour qu'il n'y ait point de précipité, alors l'addition de pepsine détermine un précipité épais et grumeleux qui se dissout difficilement.

Il est intéressant de comparer ces résultats à ceux de la digestion naturelle du lait. Chez un enfant qui avait subi la gastrotomie et à qui l'on donnait du lait, on retrouvait, après un quart d'heure, un liquide complètement laiteux. Après une demi-heure, le liquide n'était plus laiteux, mais trouble, aqueux et filtrant clair. On obtenait en même temps des coagulum volumineux. Après cinq quarts d'heure, on n'avait plus qu'une petite quantité de liquide à coagulum caséiforme. Chez les enfants qui vomissent 25 minutes après avoir pris le lait, le vomissement ne montre plus de précipité.

III. — *Utilisation du lait dans le canal digestif.* L'auteur a comparé les

ingesta aux egesta digestifs, dans le cas de régime lacté chez l'enfant et l'adulte. Les fèces sont alors blanc jaunâtre, suffisamment consistantes, à réaction faiblement acide. On y retrouve de l'albumine, de la graisse et des sels; le sucre est résorbé : presque toujours, on y trouve des quantités appréciables d'acide lactique. Les albuminoïdes, en faibles proportions, sont constitués par de l'albumine, de la caséine, des peptones. Les graisses sont des graisses neutres, des acides gras, et les sels alcalins et terreux des acides gras. Quant aux sels, ce sont des sels de chaux. Les résultats quantitatifs s'expriment de la manière suivante : les proportions résorbées ont été, pour l'albumine, 98,2 à 99,4; pour la graisse, 92,2 à 95,6; pour les sels, 44,2 à 57; pour le sucre, 100; pour le total de la substance sèche, de 90 à 99.

4° *Lait cuit.* La cuisson modifie de bien des façons le lait. Les gaz sont expulsés. Or, l'azote existe dans les proportions de 5,65 à 7,60 0/0; l'oxygène, de 0,09 à 0,32; l'azote, de 0,70 à 1,64, d'après Pflüger et Setschenow. Le lait perd aussi des matières odorantes qui particularisent le lait que l'on chauffe; il perd également de l'eau. La pellicule qui surnage contient toutes les parties constituantes du lait, et non pas seulement de la caséine. Après qu'on l'a enlevée, il reste, pour un litre, environ 940 centimètres cubes, si l'ébullition a été rapide; 900 centimètres cubes si la coction a été plus lente. En chauffant le lait dans des ballons à col étroit, ou en l'acidifiant, il ne se forme point de pellicule. La digestibilité a paru très peu modifiée par la coction. Quant à la crème du lait, elle contient les parties constituantes du lait, mais dans des proportions différentes : une partie du sucre est transformée en acide lactique ; la caséine n'y est pas dissoute, mais se présente sous la forme de flocons très fins. Ni l'acide chlorhydrique, ni la pepsine acidifiée ne donnent un coagulum solide. La caséine est sous une forme très propre à la digestion : la forte proportion d'acide a une influence fâcheuse que l'on peut corriger en ajoutant de l'eau de chaux jusqu'à réaction alcaline.

5° *Méthodes pour accroître la digestibilité du lait.* Bien que le lait soit le type de l'aliment naturel, il n'est pas également bien supporté par tous les enfants. Environ 10 0/0 échappent à l'action digestive, tandis que la proportion n'est que de 4 à 5 0/0 pour la viande de bœuf et le pain de froment. De là, la préoccupation d'accroître cette digestibilité. On a cherché pour cela à faire que l'action du suc gastrique donne des caillots moins épais et moins consistants. Dans ce but, on ajoute au lait diverses substances, de l'eau, des bouillies de diverses farines, de l'extrait de malt, de la gomme arabique, des solutions de gélatine et de liquides gélatineux, du jaune d'œuf, des sels calciques ou alcalins, du sucre de lait. L'addition de jaune d'œuf, préconisée par Enko (1880), favorise une coagulation en flocons fins, mais elle a des inconvénients particuliers. Elle provoque chez les enfants des flatuosités et des troubles digestifs. L'addition de chlorure de sodium peut avoir des avantages dans certains cas; de même pour les bicarbonates alcalins. Les autres substances ont peu d'action. Il peut être utile d'employer la solution d'acide chlorhydrique à 2 pour 1,000.

Salkowski fait observer que Uffelmann n'a pas donné dans son mémoire d'indications suffisantes sur la détermination des peptones et des albuminoïdes du lait et des fèces. DASTRE.

**I. — Ueber den von O. Loew und Th. Bokorny erbrachten Nachweis von der chemischen Ursache des Lebens (Sur la démonstration de la cause chimique de la vie par O. Loew et Bokorny), par BAUMANN.**

**II. — Ein weiterer Beweis, dass das Eiweiss des lebenden Protoplasmas eine andere chemische Constitution besitzt als das des abgestorbenen (Preuve ultérieure que l'albumine du protoplasma vivant possède une autre constitution chimique que dans le protoplasma mort), par O. LOEW.**

**III. — Gegenbemerkungen zu Baumann's Kritik (Remarques pour répondre à la critique de Baumann), par O. LOEW.**

**IV. — Bemerkungen über die Constitution des Albumins (Remarques sur la constitution de l'albumine), par O. LOEW** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXIX, p.* 400, *et Band XXX, p.* 348, 363, 368).

I. — Loew et Bokorny ont prétendu qu'il existait dans le protoplasma vivant des albuminoïdes appartenant au groupe des aldéhydes, capables de précipiter l'argent métallique de ses solutions très étendues : lorsque la vie a cessé, cette propriété disparaîtrait. L'expérience a été faite sur quelques plantes. Loew en a conclu qu'il existait dans le protoplasma des isomères de l'aldéhyde formique qui pouvaient, combinés à l'ammoniaque, représenter l'albumine. On trouverait dans celle-ci douze groupes aldéhiques. La mort consisterait dans la destruction de la molécule d'aldéhyde, qui, à cause de son instabilité même, serait la source essentielle de la force vitale. Ce sont là des hypothèses pures. Quant au fait qui paraît leur servir de prétexte, il est connu depuis longtemps. La précipitation de l'argent métallique n'est nullement caractéristique des aldéhydes : beaucoup d'autres substances agissent de la même manière, et même plus énergiquement, comme le pyrogallol, l'hydrochinone, le benzocatechin, etc. — L'intensité de la réduction d'argent n'est pas en rapport avec le nombre des groupes aldéhiques de la substance considérée : le sucre de glycose agit plus énergiquement que le saccharose et le maltose, qui contiennent deux groupes d'aldéhydes. Quant au fait lui-même de la réduction de l'argent par le protoplasma vivant, il n'est pas général : il y a des cas dans lesquels la réduction n'a pas lieu. D'autre part, d'autres auteurs ont indiqué des réactions aussi intéressantes pour distinguer le protoplasma mort du vivant, par exemple Schmiedeberg et Bunge, Pflüger et Kochs.

II. — Il y a un parallélisme remarquable entre la faculté de réduire l'acide hyperosmique et de réduire l'argent : toutefois ces deux réactions sont dues à des groupes atomiques différents. L'auteur admet que la réduction de la solution alcaline d'argent est due aux groupes d'aldéhyde qui forment une partie constituante de l'albumine active. Loew étudie les spirogyra nitida et dubia. L'albumine d'œuf ayant pour formule $[C^{72} H^{112} Az^{18} SO^{22}]^2$. Celle des bactéries correspond à $C^{72} H^{121} Az^{17} O^{26}$. Celle des algues $C^{72} H^{135} Az^{17} O^{24} S^{0,5}$ ; elle est donc plus riche en hydrogène et en oxygène, mais plus pauvre en azote que l'albumine ordinaire. D'autre part, pour étudier le processus d'oxydation du protoplasma on emploie deux solutions : une solution de nitrate d'argent à 2 0/0, une solution d'ammoniaque à 6 0/00. On mélange les deux solutions à volumes

égaux et l'on étend au dixième. Les algues bien nettoyées sont laissées deux heures au plus dans ce mélange, puis lavées à l'eau, chauffées dans l'alcool pour les débarrasser de la lécithine et de la chlorophylle. Pour enlever ensuite le chlorure d'argent et les autres combinaisons d'argent, on laisse séjourner la préparation pendant vingt-quatre heures dans la solution ammoniacale à 1 0/0, puis à 5 0/0, et l'on neutralise avec l'acide sulfurique étendu. On a alors un précipité d'argent rouge brun. Sa composition était représentée par la formule $C^{72} H^{111} Az^{13} O^{32} S^{0,5} Ag^{8}$. Il y a ainsi augmentation d'oxygène, diminution d'azote et d'hydrogène, circonstances que l'auteur interprète comme un dégagement d'ammoniaque et une formation d'anhydride. L'argent ne peut pas être séparé du pigment. Si, avant de soumettre les algues à ce traitement, on les a tuées par l'alcool, l'on n'obtient plus ce précipité.

III. — O. Loew maintient contre les objections de Baumann les résultats qu'il a annoncés et ses conclusions. Il y a une différence entre le plasma vivant et le plasma mort : c'est un changement isomérique. Il maintient que les groupements réducteurs appartiennent aux aldéhydes, et que les substances, telles que l'alloxane et l'hydroxylamine, qui présentent la propriété de réduire les sels d'argent, sont des produits de laboratoire, dont il n'y a pas lieu de tenir compte dans ses analyses du protoplasma des algues.

IV. — Baumann a fait quelques remarques sur la préexistence de la leucine et de la tyrosine dans la molécule d'albumine. O. Loew conteste ce point. Baumann admet encore qu'il y a dans cette molécule deux noyaux de benzol, l'un hydroxylé, l'autre non hydroxylé. Loew pense que ces produits ne sont point préformés, mais résultent de l'action des réactifs. DASTRE.

**Zur Lehre von Pepton (Étude sur la peptone), par PŒHL** (*Berichte der deuts. chemis. Gesellschaft, Band XVI, p.* 1152, 1883).

Dans sa thèse inaugurale (Saint-Pétersbourg, 1882), Pœhl a confirmé les résultats d'Eichwald et montré qu'il n'y a qu'une seule peptone, soit qu'elle provienne de l'albumine de l'œuf, du sérum ou de la fibrine.

La peptone donne par l'alcool un précipité blanc. Desséchée, elle donne une masse jaunâtre, soluble dans l'eau; ses solutions ne se troublent pas par la chaleur, elles ne précipitent pas par le ferrocyanure de potassium acidulé, contrairement à l'opinion de M. Maly (*Handbuch der Physiologie von Hermann*, 1880), qui croit par cette réaction distinguer la peptone de la fibrine de celle de l'albumine.

L'acide nitrique et l'ammoniaque la colorent en jaune foncé. Les sels métalliques et le tannin la précipitent immédiatement quand les solutions sont concentrées, lentement, quand elles sont étendues ; ce qui est souvent une cause d'erreur dans les examens trop rapides.

Hoppe-Seyler (*Manuel de chimie physiologique*, 1879) dit que la peptone est précipitée seulement par l'acétate basique de plomb.

L'auteur soutient que l'acétate neutre la précipite aussi, en l'absence d'acide libre, et dans des solutions qui ne sont pas trop étendues. Les sels de fer et de cuivre ne précipitent que les solutions concentrées.

La présence d'acide libre empêche la précipitation par les sels métal-

liques, sauf avec l'acétate de plomb basique. La solution de Millon donne un précipité brun-floconneux devenant rouge quand on le chauffe dans les solutions de peptone neutre ou faiblement acide ; Lehmann, Meisner, Henle et Pfeifer ont contesté à tort le développement de cette coloration sous l'influence de la chaleur.

L'alcool absolu donne avec la peptone un précipité soluble dans l'alcool étendu, mais il ne précipite pas les solutions alcalines ou acides.

Les contradictions des divers auteurs sur les propriétés des peptones tiennent à leur procédé de préparation et particulièrement sur la présence d'albumine et l'action de la fermentation.

La meilleure méthode pour enlever les matières albuminoïdes est proposée par Hoppe Seyler. Elle consiste à faire bouillir les substances avec de l'acétate de fer.

Par l'effet de la fermentation putride il se produit un corps qui a tous les caractères de la peptone, sauf qu'il n'a pas de pouvoir rotatoire, n'est pas précipité par l'acétate basique de plomb, et se décompose facilement par la potasse en donnant de la triméthylamine et se dédouble par l'hypobromite de soude en dégageant de l'azote. L'auteur décrira prochainement ce corps en détail, il lui a donné le nom de ptomopeptone.

Pour doser les peptones, Hofmeister a proposé de précipiter l'albumine en chauffant les substances avec de l'oxyde de plomb et de doser par le polarimètre. Ce procédé est inexact. Souvent les solutions sont devenues inactives, quelquefois l'albumine n'est pas absolument séparée. La méthode colorimétrique du biuret donne de bons résultats.

L'auteur recherche la peptone dans les organes animaux, les organes digestifs, albuminurie rénale, typhus abdominal, pneumonie.

D'une manière générale il a fait la remarque que beaucoup d'urines acides, qui ne contiennent pas d'albumine, renferment de la peptone. Quand l'urine devient alcaline, la peptone diminue, disparaît, tandis que l'albumine se montre.

On trouva la peptone dans les crachats, les kystes de l'ovaire et aussi dans une tumeur cancéreuse.

L'auteur fit ensuite des recherches qui montrent que la peptone se forme non seulement sous l'influence du suc gastrique, mais encore sous celle de divers tissus.

Le tissu d'un rein de veau, mis avec du sérum de sang de cheval et additionné d'acide chlorhydrique étendu, fut maintenu à une température de 35° et après trois heures il contenait de la peptone.

De la fibrine fraîche et de l'acide chlorhydrique et du tissu d'un rein de veau en ont fourni également, etc.

En résumé, les tissus des reins et des poumons sont des agents actifs pour la peptonisation des matières albuminoïdes, ceux du duodenum et de l'intestin grêle sont beaucoup moins actifs.

La papaine, les micomycètes sont aussi des agents de peptonisation.

Eichwald a montré que les tumeurs, pour se résorber, passent à l'état de peptone.

La transformation inverse de la peptone en albumine peut être obtenue par l'action de l'alcool et des sels alcalins neutres sur la peptone.

L'auteur particulièrement réussit bien cette réaction avec le sulfate de magnésie.

Wittich et Cohn ont obtenu la même transformation en se servant d'un courant galvanique.

Henninger ne put réussir cette même expérience parce qu'il acidula la peptone avec de l'acide sulfurique qui empêcha cette transformation.

L'auteur l'a réussie en se servant du courant d'induction d'un appareil Ruhmkorff.

Dans ces réactions inverses, la peptone passe par tous les états intermédiaires qui ont été décrits par Meissner et particulièrement de *para* et *méta* peptone, qui ne sont autre que la propeptone de Schmidt Mulhleim et l'hémialbumine de Kuhne.

L'auteur établit ensuite des constantes pour déterminer la quantité de peptone par le pouvoir rotatoire ; nous renvoyons au mémoire original pour cette partie du travail. E. HARDY.

**Alkohol im Gehirne bei Trunkenheit (Alcool dans le cerveau après l'ivresse, par H.-F. KNIPPER** (*Zeitschrift für analytische Chemie, Band XXI, p.* 347).

Pour savoir si un homme, qui s'était noyé en tombant dans l'eau, était en état d'ivresse au moment de l'accident, l'auteur soumit à la distillation le contenu de l'estomac saturé par du carbonate de soude, il isola 27°,64 d'alcool à 15°. Le cerveau, soumis également à la distillation, donna 3°,4 d'alcool à 15°. L'alcool fut reconnu par sa densité et l'action du bichromate de potasse et de l'acide sulfurique. De ce fait, l'auteur conclut à la réalité de l'ivresse.

La recherche de l'alcool fut faite 10 heures après la mort. Jusqu'à présent on n'avait pas généralement constaté la présence de l'alcool dans le cerveau. Les expériences avaient toujours été faites longtemps après la mort. Ce fait peut expliquer la différence des résultats.

E. HARDY.

**Zur Synthese des Lecithins (Sur la synthèse de la lécithine), par Franz HUNDESHAGEN** (*Journal für praktische Chemie, Band XXVIII, p.* 219).

Comme point de départ dans ses recherches de synthèse de la lécithine, l'auteur se servit de la distéarine. En faisant réagir sur ce corps de l'ammoniaque, du sodium, de l'anhydride acétique, il obtint de nouveaux composés. Par l'action de l'acide métaphosphorique sur la distéarine il eut l'acide distéaril-glycérine-phosphorique. Cet acide forme des sels bien définis. En le faisant réagir sur une solution alcoolique de chlorhydrate de neurine on prépare le composé :

$$C^3 H^5 \left\{ \begin{array}{l} O.\ CO.\ C^{17} H^{35} \\ O.\ CO.\ C^{17} H^{35} \end{array} \right.$$

$$PO \left\{ \begin{array}{l} O \\ O\ H \\ O.\ Az \left\{ \begin{array}{l} (C\ H^3)^3 \\ C^2\ H^4 OH. \end{array} \right. \end{array} \right.$$

En ajoutant à ce composé du chlorure de platine on obtient un précipité qui n'est pas identique avec celui que fournit la lécithine : ce qui prouve que l'acide lui-même n'est pas identique avec la lécithine et qu'il n'est qu'un isomère. E. H.

**Beitrag zu der Untersuchung der chemischen Bestandtheile der Schilddrüse des Menschen und des Rindes (Considérations sur les recherches des éléments chimiques constituant la thyroïde chez l'homme et les animaux), par N.-A. BUBNOW (de Saint-Pétersbourg)** (*Zeitschrift für phys. Chemie, Band VIII, p.* 1, 1881).

Après avoir rapporté les opinions des divers auteurs sur la constitution de la glande thyroïde, et avoir montré les divergences des auteurs, Bubnow expose le résultat de ses propres recherches.

Il y a trouvé de la xanthine, de l'hypoxanthie, de l'acide paralactique et des substances qu'il désigne sous le nom de thyréoprotine.

Pour obtenir la thyréoprotine de la thyroïde de l'homme et des animaux, on réduit les glandes en petits fragments et les épuise avec de l'eau tant que celle-ci se colore. Alors on les traite à plusieurs reprises par de l'eau contenant 10 0/0 de sel marin ; et on précipite par l'acide acétique. Ce précipité représente la première thyréoprotine.

La glande fut ensuite épuisée à froid pendant une heure avec une solution de potasse 1 0/00. Ensuite le liquide filtré fut précipité par l'acide acétique. On obtint un précipité volumineux de la deuxième thyréoprotine.

Enfin la solution fut encore épuisée par une solution de potasse et l'addition d'acide acétique donna encore un volumineux précipité.

Tous ces précipités furent lavés à l'eau et épurés successivement par de l'alcool à 80, de l'éther, de l'alcool absolu, puis désséchés dans le vide.

| | PREMIÈRE THYRÉOPROTINE. | | DEUXIÈME THYRÉOPROTINE. | | TROISIÈME THYRÉOPROTINE. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Homme. | Bœuf. | Homme. | Bœuf. | Homme. | Bœuf. |
| C..... | 49,53 | 49,36 | 50,27 | 50,20 | 49,15 | 49,27 |
| H..... | 6,30 | 6,45 | 6,47 | 6,34 | 6,45 | 6,29 |
| Az..... | 15,90 | 16,04 | 15,80 | 16,10 | 16,68 | 16,68 |
| S..... | 1,38 | 1,38 | 1,35 | 1,34 | 1,39 | 1,40 |
| O..... | 26,89 | 26,77 | 26,11 | 26,02 | 26,33 | 26,36 |

La thyréoprotine bouillie avec de l'acide sulfurique étendu ne fournit pas de substance capable de réduire les sels de cuivre. E. HARDY.

**Note sur la métahémoglobine, par HENNINGER** (*Compt. rend. de la Soc. de biologie, n°* 37, 1882).

La métahémoglobine est pour certains chimistes un peroxyde d'hémoglobine ; pour d'autres, un intermédiaire entre l'hémoglobine et l'oxyhémoglobine. M. Henninger, en prouvant le passage direct de l'hémoglobine à la métahémoglobine, oxydation qu'il a pu suivre au spectroscope, démontre que la métahémoglobine est un intermédiaire entre l'hémoglobine et l'oxyhémoglobine. Entre autres circonstances qui favorisent cette transformation de l'hémoglobine, il faut citer la présence de l'azotate d'éthyle et le chlorate de potasse, à hautes doses, comme l'ont montré les recherches de MM. Brouardel et Boutmy. MARCUS.

**Recherches expérimentales sur la formation de l'acide urique, par Joseph COLASANTI** (*Archives italiennes de biologie, t. II, fasc. 1, p.* 101, 1882).

L'acide urique se trouve dans les tissus à l'état d'urate acide de soude, d'ammoniaque et de magnésie et non pas seulement à l'état d'urate neutre de soude, à moins d'admettre que ce dernier, décomposé par l'acide carbonique des tissus, ne se transforme en sel acide moins soluble, qui se dépose, combiné à différentes bases. C. GIRAUDEAU.

**Les réactions des pigments biliaires, par E. CAPRANICA** (*Archives italiennes de biologie,* 15 *février* 1882).

L'auteur a étudié l'action de trois corps : le brome, l'acide chlorique et l'acide iodique sur la bilirubine. En ajoutant à une solution de cette substance une petite quantité de l'un quelconque de ces trois corps, on obtient une coloration verte ; à mesure que l'on augmente la dose, la teinte devient violette, puis tourne au rouge, au jaune, et enfin se décolore. Il a constaté aussi que l'action seule de la lumière suffit pour transformer la bilirubine en biliverdine, et que l'acide sulfhydrique forme peut-être une combinaison fugace avec la bilirubine. C. GIRAUDEAU.

**Zur Lehre von den Fäulnissalkaloïden (Sur la doctrine des alcaloïdes de la fermentation), par A. PŒHL** (*Berichte der deuts. chemis. Gesellschaft, Band XVI, p.* 1975).

On a fait depuis longtemps l'observation qu'après des pluies prolongées ou des inondations, les moissons sont atteintes par l'ergot et que l'emploi du pain préparé avec ces blés amène des épidémies particulières. Ces épidémies affectent soit une forme convulsive : ergotisme convulsif, soit une forme gangreneuse : ergotisme gangreneux. L'ergotisme gangréneux sévit surtout en France, en Angleterre et en Suisse ; l'ergotisme convulsif en Russie, en Allemagne et en Suède. Dans l'été de l'année 1881, une épidémie de ce genre se développa en Russie et le gouvernement nomma une commission pour en faire l'étude sous la direction de Z... Poehl fut chargé de faire l'examen chimique de la fermentation putride de la farine, et de l'influence de l'ergot.

Des recherches antérieures avaient montré que les farines contiennent une quantité importante de glucose quand elles sont soumises à l'action de l'humidité. Comme la fermentation putride ne peut se développer sans humidité, on doit en conclure que la présence du sucre accompagne toujours la fermentation.

La fermentation de la glucose est liée à la formation des acides lactique, butyrique, d'hydrogène et d'acide carbonique. Ces réactions semblent présenter peu d'intérêt : cependant, d'après l'auteur, la présence de l'acide lactique a une réelle influence sur la transformation des matières albuminoïdes.

On regardait jusqu'ici comme un caractère de la présence de l'ergot que les farines fermentées, traitées par la potasse, dégagent de la trimé-

thylamine. L'auteur a constaté que les farines non altérées par l'ergot donnent également un dégagement de triméthylamine dans les mêmes circonstances et que le dégagement de ce corps ne suffit pas pour permettre d'affirmer la présence de l'ergot. Les farines non fermentées, traitées par la potasse ne dégagent pas de triméthylamine; il ne s'en développe que lorsqu'il y a eu un commencement de fermentation.

La fermentation de la farine s'accompagne aussi de la formation de peptone. La quantité en est plus grande dans les farines atteintes d'ergot que dans les farines saines. Elles semblent résulter de l'action des champignons sur les matières albuminoïdes : le claviceps purpurea produisant plus de peptone que le penicellium glaucum.

Des alcaloïdes se formant en même temps que les peptones, l'auteur leur a reconnu les caractères des ptomaïnes.

Toutes ces réactions peuvent se résumer dans la mesure suivante :

1° Transformation de l'amidon en glucose ;

2° Fermentation de la glucose et sa transformation en acide lactique ;

3° Peptonisation des matières albuminoïdes par l'action du mycelium du claviceps purpurea en présence de l'acide lactique ;

4° Transformation de la peptone en ptomapeptone et sa décomposition accompagnée de la formation des alcaloïdes de la putréfaction.

E. HARDY.

**I. — Ueber Cellulose-Gährungen (Sur la fermentation de la cellulose), par H. TAPPEINER** (*Berichte der deuts. chemis. Gesellschaft, Band XVI, p.* 1734).

**II. — Ueber die Sumpfgasgährung im Schlamme der Teiche, Sümpfe und Kloaken (Sur la fermentation du gaz des marais dans la boue des étangs, des viviers et des cloaques), par le même** (*Ibid., p.* 1740).

I. — Dans les vases qui contiennent 1 1 0/0 d'extrait de viande et du papier ou du coton finement pulvérisé et qui sont stérilisés par une petite quantité du contenu du premier estomac des ruminants, il peut se produire une fermentation qui dissout toute la cellulose.

Cette transformation s'accompagne de la production de deux fermentations dont l'une développe de l'acide carbonique et de l'hydrogène, l'autre de l'acide carbonique et du gaz des marais.

Ces faits étaient déjà connus. La communication actuelle a pour but de prouver que la cellulose est une substance fermentescible.

Il est incontestable que la cellulose est formée de cellules. Ce traitement en détruit les parois et la cellulose entre en dissolution.

II. — Cette fermentation se produit avec un extrait de viande, du coton ou de la bouillie de papier et un peu du produit de la panse. La fermentation commence après quelques jours (la présence d'un peu d'air l'accélère); au début, elle est plus rapide, puis se ralentit plus tard. Elle amène un dégagement d'acide carbonique, de traces d'hydrogène sulfuré et du gaz des marais. Le liquide qui restait dans le ballon fut acidulé avec de l'acide sulfurique et distillé, on recueillit de l'aldéhyde, de l'alcool et une petite quantité d'une substance se colorant en rouge par l'aniline et l'acide chlorhydrique furfurol ? des acides volatils, acétiques, isobutyriques.

Cette même fermentation paraît se former dans la nature, car si on

abandonne du foin et de l'eau dans un vase muni d'un tube abducteur qui s'ouvre sur le mercure, on voit se dégager de l'hydrogène et du gaz des marais.

Dans un second mémoire, l'auteur fait remarquer que les expériences qui précèdent ne suffisent pas pour prouver la fermentation de la cellulose. De nouvelles recherches entreprises sur le même sujet l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° Dans les boues se trouvent des organismes qui agissent non sur la cellulose pure, mais sur l'albumine ou ses dérivés, la peptone et la gélatine, et qui amènent une fermentation d'où résulte un dégagement d'acide carbonique et de gaz des marais ;

2° La proportion de ces gaz dans la fermentation de l'albumine est la même que dans le gaz qui se dégage des boues : ce qui est la condition de ce qu'on a appelé jusqu'à présent la fermentation de la cellulose ;

3° Il suffit d'une petite quantité de matière albuminoïde pour amener pendant une semaine un dégagement de gaz. Ces matières albuminoïdes proviennent soit du résidu des plantes, soit des restes des cadavres des animaux qui se trouvent dans les boues.

E. HARDY.

**Nouvelles recherches chimiques et physiologiques sur quelques liquides organiques (liquide amniotique). Note de J. MOURSON et SCHLAGDENHAUFFEN** (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 30 *octobre* 1882, *et Archives de tocologie, mai* 1883).

La présence d'une ptomaïne, en assez faible proportion, a été constatée dans le liquide amniotique humain, recueilli au moment de l'accouchement par une ponction des membranes. Si la toxicité de cette ptomaïne arrive à être prouvée, on pourra peut-être expliquer, dans quelques cas, certains accidents de la gestation par sa présence en quantité anormale.

M. DUVAL.

**Ueber eine eigenthümliche reducirende Substanz im Harne bei innerem Gebrauch von Terpentin (Sur une substance réductrice particulière qui se rencontre dans l'urine lorsque l'on fait usage de térébenthine à l'intérieur), par H.-J. VETLESEN** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXVIII, p.* 478).

Almen (1868) a observé que l'administration de la térébenthine à l'intérieur avait pour résultat de faire apparaitre le sucre dans les urines. Or, von Wolbert ayant montré que la térébenthine ne possédait point de propriétés réductrices vis-à-vis du réactif employé par Almen, à savoir de l'oxyde de bismuth, ces expériences établissent nettement qu'il y a dans l'urine, sinon du sucre, au moins une substance qui est attaquée de la même manière par l'oxyde de bismuth. Vetlesen a entrepris sous la direction de Worm-Müller une étude plus approfondie de cette réaction. La recherche a été faite sur des malades soumis depuis 2 ou 3 semaines au traitement à la térébenthine. L'urine ne contenait point d'albumine : on la titrait avec la liqueur de Knapp — on la mélangeait avec de la levure, afin de faire disparaitre le sucre fermentescible, et deux jours plus tard, on la titrait de nouveau. — On se mettait à l'abri des erreurs qu'au-

rait pu déterminer la présence de l'acide urique en précipitant, dans une portion d'urine, cette substance au moyen de l'acide chlorhydrique. L'expérience a montré que l'on trouvait dans l'urine une quantité appréciable 85 à 76 pour mille d'une substance ayant les réactions du glycose, mais que l'on ne saurait identifier avec lui. Elle se rapprocherait de la lévulose parce qu'elle est détruite par la solution de HCl à 1 0/0. Elle paraît optiquement indifférente, est détruite par la fermentation et donne de l'alcool. C'est donc une espèce de sucre fermentescible dont la présence serait certaine, mais dont la nature exacte resterait à fixer. DASTRE.

**Ueber Melanurie, par A. ZELLER** (*Archiv für klinische Chirurgie, Band XXIX, Heft 2, p.* 245, 1883).

L'auteur a observé un cas de cette rare affection sur un homme de 43 ans, qui se trouvait dans le service de Bergmann pour des sarcomes mélaniques multiples de la peau et qui mourut, six semaines après son entrée, d'accidents cérébraux. L'urine était brun-jaunâtre, absolument limpide et n'a jamais renfermé de sucre ni d'albumine; densité : 1020 à 1030.

L'analyse chimique dénotait une très légère augmentation de la proportion d'acide sulfurique de l'urine; le phénol et l'indican étaient en proportions normales, mais la quantité d'hydro-bilirubine était fortement augmentée. Il existait même entre cette dernière et la matière colorante noire un rapport constant, en ce sens que plus l'urine était claire, plus elle renfermait d'urobiline et moins de mélanine, plus l'urine était foncée, plus elle renfermait de mélanine et moins d'urobiline (quelquefois pas du tout). L'eau bromée donnait un précipité abondant, jaunâtre, amorphe, qui, par le repos, noircissait spontanément. Cette réaction de l'eau bromée est beaucoup plus sensible que celle qu'on employait jusqu'ici par l'acide nitrique ou le chromate de potasse. La bromo-mélanine se présente à l'état sec sous l'aspect d'une masse brillante, noire, que la trituration transforme en une poudre brunâtre; la réaction bromique la distingue bien de l'urobiline qui donne, avec l'eau bromée, un précipité jaune, mais qui ne passe jamais au noir par le repos; ainsi les urines fébriles, qui renferment beaucoup d'urobiline, pas plus que les urines normales, ne donnent de précipité noir avec l'eau bromée.

Zeller croit que les matières colorantes de l'urine proviennent de deux sources différentes dont l'une serait la matière colorante de la bile ou du sang, l'autre les substances aromatiques développées dans l'intestin par la digestion de l'albumine. Or, d'après ses recherches, il est probable que la mélanine appartient au premier groupe ; mais de nouvelles recherches à ce sujet sont nécessaires. DE SANTI.

**Globulinbestimmungen in Ascitesflüssigkeiten (Évaluation de la globuline dans des épanchements ascitiques), par F.-A. HOFFMANN** (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmak., Band XVI, Heft 1 et 2, p.* 133).

L'auteur s'est proposé de rechercher s'il existe un rapport fixe entre la quantité de matière albuminoïde (sérum-albumine et paraglobuline) qui

se rencontre dans un liquide ascitique et la quantité de la globuline. Ses recherches ont porté sur 30 cas d'affections très diverses avec ascite, et elles ont abouti à un résultat négatif, en ce sens qu'il n'en ressort aucune relation régulière entre ces deux quantités : richesse d'un liquide en matière albuminoïde, richesse en globuline, et nature de l'affection qui s'accompagne d'ascite. M. Hoffmann a voulu savoir si la composition du liquide transsudé, considérée au point de vue de sa richesse en sérum-albumine et en globuline, reflétait dans une certaine mesure la composition du sérum-sanguin. Dans 11 cas, il a pu analyser à la fois ce sérum et le liquide ascitique. En divisant la quantité de paraglobuline par la quantité de sérum-albumine, il a obtenu pour le sérum du sang des quotients plus faibles chez les malades que chez les sujets bien portants. Chez ces derniers, ce quotient dépasse 1,4 et même 2. Or, un quotient inférieur à 1 n'a été obtenu que sur des sérums sanguins provenant de malades cachectiques. De plus, les quotients obtenus pour les sérums sanguins comparés à ceux obtenus avec les épanchements ascitiques ont donné des différences plus faibles. Enfin, dans un cas où on détermina à la fois le rapport de la globuline à la sérum-albumine, dans un épanchement pleural et dans un épanchement ascitique ; on trouva pour les deux la même valeur (1,4).

Dans trois cas, Hoffmann a pu contrôler l'exactitude du procédé indiqué par Reuss, pour calculer la richesse d'un liquide en albumine d'après son poids spécifique. E. RICKLIN.

**Klinische Studien über Transsudationprocesse im Organismus. — Ueber den Eiweissgehalt der Asciten flüssigkeiten (Études cliniques sur les processus de transsudation dans l'organisme. — Sur la richesse en albumine des liquides ascitiques), par J.-W. RUNEBERG** (*Deuts. Arch. f. klin. Med., Band XXXIV, Heft* 1, *p.* 1).

Les recherches étendues de l'auteur l'ont amené à conclure que la composition des liquides transsudés varie suivant des facteurs nombreux, les uns locaux, les autres généraux. Il faut faire entrer en ligne de compte : la richesse plus ou moins grande du réseau capillaire dans lequel se fait la transsudation ; la présence ou l'absence de produits inflammatoires dans les parois vasculaires ; la composition et la richesse du sang en albumine ; l'âge du liquide transsudé et sa tension ; les conditions plus ou moins favorables que présente ce liquide pour la résorption, et peut-être aussi la pression sanguine et les conditions de la circulation.

Dans l'ascite, en particulier, le liquide peut avoir une apparence et des qualités physiques bien différentes. Dans l'ascite cachectique, la sérosité est presque incolore, à peine de couleur jaunâtre, très fluide. Elle n'est jamais complètement transparente, mais plus ou moins transparente. Elle ressemble à de l'eau dans laquelle on aurait versé du lait, et cependant cette opalescence n'est pas due à la graisse. Il est vraisemblable, comme le prétend Hoffmann, que ce trouble dépend d'une modification de l'albumine. Les éléments figurés y sont en quantité extrêmement minime, les globules rouges y font totalement défaut.

Dans les stases de la veine porte, la sérosité présente un aspect très variable suivant sa richesse en albumine. Quand cette richesse est très

faible, la sérosité est opalescente, d'un jaune clair. Quand l'albumine se trouve en quantité plus grande, la couleur jaune est plus foncée : paille ou citron. Il y a toujours des globules blancs en certaine quantité; il y a des globules rouges, mais moins que ne le ferait supposer l'aspect du liquide.

Dans les stases générales, la sérosité est plus foncée, quelquefois brunâtre ; elle renferme des globules rouges en quantité plus considérable, bien qu'encore minime. Dans la péritonite chronique simple, le liquide est clair, jaune citron, un peu épais, renfermant de nombreux globules blancs et assez de rouges pour qu'il se forme un dépôt rougeâtre par le repos. Il renferme de plus des flocons de fibrine coagulée.

Dans le cancer du péritoine, l'épanchement est trouble, grisâtre, sale d'aspect. Il se clarifie par le repos, les éléments solides se déposant au fond du vase. On trouve dans ce sédiment des cellules d'un volume égal ou supérieur à celui des globules blancs, arrondies, creusées ou non de vacuoles, comme des cellules endothéliales gonflées. On rencontre encore de petites cellules rondes, beaucoup de globules rouges, assez parfois pour que la sérosité soit hémorragique. La fibrine, qui manque rarement, se coagule sous forme de flocons disséminés. Les grandes cellules ne se rencontrent que dans cette sérosité du cancer péritonéal et non dans les autres variétés d'ascite.

A. MATHIEU.

---

# PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

**Ueber das Fieber, par D. FINKLER** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXIX, p.* **93**).

Ce travail très étendu contient une étude expérimentale des phénomènes fondamentaux de l'état fébrile : il fait suite aux travaux de l'école de Pflüger sur la régulation thermique et les échanges gazeux. L'auteur a opéré sur les cobayes : l'état fébrile était créé par une injection de pus sous la peau. On s'est occupé surtout de déterminer les conditions et les éléments des échanges gazeux. Le cobaye est un animal favorable à cette étude pour diverses raisons. L'exiguïté de sa taille permet de le laisser séjourner suffisamment longtemps dans l'appareil à respiration. La température normale est modérée, de telle sorte que l'hyperthermie fébrile peut devenir considérable. Enfin cette espèce a été souvent expérimentée et l'on possède de nombreuses données relativement aux échanges gazeux de cet animal à l'état normal. De plus, la régulation thermique est réalisée chez le cobaye avec un remarquable degré de perfection, de telle sorte que le séjour dans l'extrême froid de 0° et dans la chaleur extrême ne modifie point sa température, même lorsque l'animal est inanitié pendant quelque temps. S'il est inanitié depuis plus longtemps et qu'on lui donne à manger, la température s'élève comme dans l'état de fièvre : c'est une sorte de fièvre de digestion. L'auteur s'est d'abord préoccupé de

connaître la manière dont se fait la perte de poids du corps chez l'animal inanitié, suivant qu'il est à l'état de fièvre ou à l'état normal. L'expérience a montré que l'animal fébricitant éprouvait une perte de poids (pour 100) plus considérable dans l'unité de temps que l'animal non fébricitant. Leyden a soutenu l'opinion contraire. En second lieu, Finkler s'occupe de déterminer les variations de température normales et fébriles de l'animal qui va servir à ses déterminations. Les variations, signalées par les auteurs dans la valeur de la température normale, de 35°,76 à 38°, tiennent à des conditions qu'il faut préciser et parmi lesquelles l'âge joue un rôle important, puis l'effort musculaire, l'alimentation et surtout la température du milieu extérieur. L'auteur a tracé les courbes de température pour les parties superficielles et les parties profondes lorsque l'animal est plongé dans un milieu assez chaud pour que le séjour prolongé dans ce milieu élève sa température centrale (Kerntemperatur) de 0°,1, ou, dans un milieu assez froid pour qu'elle s'abaisse de 2 à 3 dixièmes. Dans ce dernier cas, la température des parties profondes est plus élevée que lorsque l'animal est placé à une température moyenne. La distribution des températures aux différentes profondeurs est la même chez les animaux nourris et chez les animaux à jeun. La même étude a été faite ensuite chez les animaux fébricitants. Il faut d'abord noter que l'injection de pus n'a pas toujours pour conséquence une élévation de température. Quand la température s'élève, il y a un stade de la fièvre pendant lequel les animaux s'échauffent plus sous l'action du milieu surchauffé que ne font les animaux sains : ils ont partiellement perdu le pouvoir de résister à l'élévation du milieu. De même, il y a un stade fébrile pendant lequel l'animal perd le pouvoir de résister au refroidissement, ce qui ne s'observe jamais chez l'animal sain. Quant à la distribution des températures suivant la profondeur, elle est la même dans ces différents cas.

L'auteur a particulièrement porté son attention sur la comparaison des échanges gazeux à l'état normal et dans l'état fébrile, Pflüger et ses élèves ont déjà constaté que la température du milieu exerce une influence notable sur cet échange chez les cobayes : par exemple, lorsque le milieu extérieur est froid, l'échange gazeux est plus actif que lorsque le milieu est chaud. Finkler place des animaux fébricitants à des températures élevées (19°-27°) : il apprécie les variations des échanges gazeux (calculés pour 1 kilogramme et pour 1 heure), en les comparant à l'état sain et à l'état fébrile. Pour des températures de l'animal variant de 39°,05 ; 39°,2 ; 39°,7 ; 39°,8 ; 39°,9 ; 40° ; 40°,1 ; 40°,2 ; 40°,3 ; 40°,4 ; 40°,6 ; l'oxygène absorbé augmente de 18,7 0/0 ; 36,6 ; 0,5 ; 0,3 ; 13,3 ; 14,7 ; 18,1 ; 7,1 ; 11,3 ; 19,5 ; 14°,9, et l'acide carbonique exhalé augmente pour 100, dans les observations correspondantes, de 23,5 ; 32,6 ; 6,7 ; 4 ; 8,6 ; 7,4 ; 26 ; 31,1 ; 10,8 ; 8,7 ; 10,3 ; 11,7.

On voit ainsi que lorsque la température du milieu extérieur est élevée, l'absorption d'oxygène est toujours augmentée, même lorsque l'exhalation d'acide carbonique a diminué, ce qui arrive quelquefois. On voit encore que la consommation de l'oxygène est sans relation avec la température du corps. On a trouvé en effet la consommation maximum dans le second des cas cités plus haut, la température fébrile étant de 39°,2 et la fièvre durant depuis 24 heures : et la consommation minimum chez un animal ayant 40°,2 depuis 31 heures de fièvre.

Inversement, le milieu extérieur refroidi (entre 4°,0 et 9°,5) donne les résultats suivants pour l'animal fébricitant comparé à l'animal sain : les températures fébriles variant de 39°,5 ; 39°,8 ; 39°,9 ; 40°,1 ; 40°,3 ; 40°,5, l'augmentation pour 100 de l'oxygène absorbé est 7,7 ; 6,0 ; 28,4 ; 11,8 ; 3 ; 33,8 ; l'augmentation d'acide carbonique exhalé dans les mêmes circonstances est représentée par les nombres 8,4 ; 5,1 ; 36,8 ; 10,1 ; 3,2 ; 26,1.

Ces expériences montrent que cinq fois contre deux, il y a eu augmentation de l'absorption d'oxygène et de l'excrétion de $CO^2$. La moyenne montre une augmentation de 10 0/0, qui s'élève à 16 0/0 lorsque l'on fait les corrections relatives à la saison, à la nutrition. La consommation d'oxygène s'élève donc chez les animaux fébricitants soumis au froid ; quelquefois elle s'abaisse. On voit aussi qu'il n'y a point de rapport entre l'absorption d'oxygène et la force de la fièvre.

Dans les deux circonstances (de milieu froid ou chaud), l'excrétion de $CO^2$ augmente en général : cette augmentation peut être ou plus grande ou plus petite que l'absorption d'oxygène. Deux fois, il y a eu pourtant diminution. Finkler explique comment l'excès de $CO^2$ excrété sur O absorbé a pu augmenter, par les conditions plus favorables que la fièvre crée à l'excrétion carbonique. Geppert (1880) a montré que, pendant la fièvre, la quantité de $CO^2$, contenue dans le sang s'abaisse d'autant plus que la température fébrile est plus élevée.

Il résulte enfin des explications de Finkler que dans l'état fébrile, il n'existe point de proportionnalité entre la température du corps et le processus d'oxydation : ce résultat paraît au premier abord contradictoire avec la loi de Pflüger, établie pour l'état normal, et d'après laquelle la destruction matérielle de l'organisme est proportionnelle à la température interne des organes. En réalité, il y a, à cet égard, trois phases dans la fièvre, caractérisées par l'accroissement, la période d'état et la diminution des oxydations. L'accroissement des oxydations peut coïncider avec l'accroissement de la température et être plus grand, alors que dans la période d'état thermique constant, pour un même état thermique, les oxydations peuvent être différentes. L'auteur, enfin, considère la fièvre comme une réaction de l'organisme tendant à se rétablir, en brûlant les matériaux infectieux. Dans un dernier paragraphe, Finkler s'occupe de donner une théorie du processus fébrile. Ce processus est caractérisé par deux traits : accroissement des oxydations et altération de la fonction de régulation thermique. Ce sont les mêmes mécanismes qui, dans l'état normal, président à la régulation thermique, qui, à l'état fébrile, produisent l'exagération des combustions internes. Il y a une sorte de tonus chimique dépendant de l'action du système nerveux : la fièvre est une névrose consistant essentiellement dans une altération morbide du système nerveux régulateur de température, ce système nerveux étant d'ailleurs constitué d'un centre excitateur et d'un centre inhibitoire pour la production thermique. D'autre part, l'accroissement des oxydations tend à détruire les substances génératrices de la fièvre. DASTRE.

**Zur Ætiologie der Eiterung (Contribution à l'étude de l'étiologie de la suppuration), par W.-J. COUNCILMAN** (*Arch. f. patholog. Anat. u. Physiol., Band XCII, Heft* 2, *p.* 217, 1883).

Il est extrêmement intéressant de savoir si toujours la suppuration est due à l'action et à la présence d'organismes inférieurs ou si, au contraire, elle peut se produire sous l'influence d'irritations absolument indépendantes de tout germe infectieux. Des expériences, destinées à trancher cette question intéressante de pathologie générale, ont été faites récemment par Uskoff et Orthmann et publiées dans le même recueil. Ces expérimentateurs sont, du reste, parvenus à des conclusions exactement opposées.

La méthode, suivie par Councilman, semble le mettre à l'abri des objections qui ont été faites aux méthodes précédemment suivies. Il effile à la lampe un petit tube de verre que l'on ferme par un des bouts. On y fait ensuite pénétrer une ou deux gouttes d'huile de croton, que l'on a fait bouillir auparavant. Le petit tube de verre est alors fermé par son autre extrémité. On l'introduit sous la peau du dos d'un lapin, en usant des procédés antiseptiques les plus sévères. La plaie se ferme rapidement sans qu'il se produise de suppuration. Le tube de verre qui renferme l'huile de croton se trouve donc inséré sous la peau et enkysté. Il est facile de le sentir par la palpation. On le brise alors et le liquide qu'il renferme s'épanche dans le tissu cellulaire avoisinant. Il se forme une petite saillie fluctuante constituée par un amas de pus.

Il résulte donc de cette expérience que l'huile de croton peut provoquer la suppuration, sans qu'il soit possible de faire intervenir les microbes. A. MATHIEU.

**Ueber einige fundamentale Fragen in der Lehre von den chirurgischen Wundinfectionskrankheiten (De quelques questions fondamentales dans l'étude des complications infectieuses des plaies), par ROSENBACH** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, t. XVI, fasc.* 3 *et* 4, *p.* 342, 1882).

Voici quelles sont les conclusions de ce travail remarquable à tous égards :

La putréfaction de la viande cuite et de l'albumine en dehors du contact de l'air peut suivre une marche variable.

Cette marche dépend en première ligne de l'espèce de ferment qui produit la putréfaction.

A côté de la putréfaction rapide amenant le développement abondant de gaz et la formation de produits de décomposition, processus que l'on pourrait dénommer putréfaction aiguë, il existe une sorte de putréfaction chronique qui s'effectue bien plus lentement et qui s'accompagne d'une minime production de gaz. La quantité du ferment est en rapport généralement direct avec l'intensité de la putréfaction.

Les ferments de l'un et de l'autre ne sont pas identiques, et malgré la quantité des microbes qui entrent en jeu, jamais la putréfaction chronique n'atteint le degré d'intensité de la putréfaction aiguë produite par une minime quantité de ferment.

Il a été impossible par la culture de transformer le ferment de la putréfaction chronique en celui de la putréfaction aiguë.

Voici maintenant les résultats cliniques auxquels on est arrivé.

Le pus d'un abcès aigu ou d'une ostéomyélite non exposé à l'air contient un ferment qui produit la putréfaction de la viande cuite et du blanc d'œuf. Elle se rapproche de la putréfaction chronique indiquée plus haut. Le microbe est caractérisé morphologiquement en ce qu'il est formé de micrococcus soit isolés, ce qui est rare ; soit, ce qui est bien plus fréquent, réunis en groupes ou en chaînes de trois à cinq, ou davantage. Il se reproduit dans l'albumine de la viande sous la même forme.

Si l'on introduit dans les tissus ou les séreuses d'un lapin un peu de viande ou d'albumine putréfiée tout se passe sans accident, une quantité plus grande amène la suppuration et la mort de l'animal. Du pus provenant d'abcès tuberculeux n'amena aucun phénomène de pourriture dans de la viande ou de l'albumine cuite ; le même pus injecté à des animaux donne lieu à une tuberculose locale ou généralisée. E. SCHWARTZ.

**I. — Ueber Licht-und Farbenperception niedersten Organismen (Sur la perception de la lumière et des couleurs chez les organismes inférieurs).**

**II. — Bacterium photometricum. Ein Beitrag zur vergleichenden Physiologie des Licht-und Farbensinnes (Le bacterium photometricum. Contribution à la physiologie comparée du sens de la lumière et des couleurs).**

**III. — Prüfung der Diathermanität einiger Medien mittelst Bacterium photometricum (Le diathermanéité de quelques milieux au moyen du Bacterium photometricum), par Th.-W. ENGELMANN** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXIX, p.* 387; *Band XXX, p.* 95 *et* 125).

I.—On sait qu'Engelmann a construit un microspectroscope particulier qui lui a permis d'étudier l'activité des rayons lumineux de diverses couleurs sur la production d'oxygène des cellules chlorophylliennes. Il a employé comme réactif les bactéries. Celles-ci, paralysées par le manque d'oxygène, reprennent leur mouvement au voisinage immédiat des cellules vertes qui produisent ce gaz ; cette reprise débute dans le rouge, entre les raies B et C, lorsque la lumière augmente d'intensité à partir de zéro : le mouvement s'étend successivement de part et d'autre de cette zone, mais en restant plus actif dans la zone même du rouge. La production d'oxygène commence toujours à la limite visible du rouge ; elle atteint son maximum entre B et C et décroît rapidement, puis lentement à partir de ce point. Il y a un minimum dans le vert et un second maximum dans le bleu. — Il faut tenir compte de ce que des cellules qui paraissent colorées en rouge contiennent encore une proportion notable de chlorophylle et peuvent se comporter comme les cellules vertes : c'est ce qui arrive pour les variétés rouges de l'Hematococcus. Au moyen de la méthode bactérienne, Engelmann a démontré que les seules matières protoplasmiques capables de dégager de l'oxygène sont colorées. L'absorption lumineuse et l'assimilation du carbone, sont des termes parallèles : les maxima d'absorption coïncident avec les maxima du dégagement d'oxygène et inversement. L'action assimilatrice des rayons lumineux est d'autant plus marquée qu'ils sont plus fortement absorbés.

Il y a dans les végétaux des matières colorantes diverses, des chromophylles, agissant à la manière du vert chlorophyllien et contenant à l'état masqué une certaine quantité de cette dernière substance. Parmi les plantes marines, les vertes sont voisines de la surface : les espèces rouges sont plus profondes. On connaît depuis longtemps des organismes très simples dont les mouvements sont influencés par la lumière. La plupart sont colorés en vert ou en quelque autre couleur, tels les infusoires, les spores d'algues, de diatomées, d'oscillaires et quelques bactéries; d'autres sont incolores, telles les plasmodies des myxomycètes, le pelomyxa, le *chytridium vorax*. L'influence peut se traduire par des modifications de forme, de direction, de vitesse, de durée; elle dépend de circonstances nombreuses relatives soit à l'organisme, soit aux qualités de la lumière. En résumant les données acquises à cet égard, Engelmann est amené à distinguer trois cas principaux :

Dans le premier cas, la lumière intervient en modifiant les échanges gazeux sans exercer d'impression directe sur l'organisme. C'est le fait des navicula, des diatomées mobiles et des oscillaires. Les mouvements de ces organismes sont liés à la présence de l'oxygène libre; ils disparaissent dès que celui-ci est soustrait, reparaissent dès qu'il est restitué. La lumière n'agit précisément qu'en leur permettant de produire l'oxygène nécessaire à leur motilité.

Dans le second cas, la lumière intervient encore indirectement. Elle agit directement sur les échanges gazeux : ceux-ci sont appréciés par l'animal sous forme de sensation du besoin respiratoire; et c'est celui-ci qui détermine les mouvements de déplacement dans un sens ou dans l'autre, pour se rapprocher ou s'éloigner de l'excitant lumineux, suivant que l'on a affaire à des organismes photophobes ou photophiles. Le *paramœcium bursaria* appartient à cette catégorie.

Dans la troisième catégorie, enfin, se trouvent rangés les organismes chez lesquels la lumière produit réellement un effet comparable à la sensation lumineuse spécifique, telle qu'elle existe à un plus haut degré chez l'homme. Tels sont les *euglena*, *colacium*, *trachelomonas*. La réaction est ici indépendante à un haut degré du dégagement d'oxygène. La perception lumineuse a exclusivement son siège au bord antérieur du corps libre de chlorophylle. L'euglène est plus sensible aux variations d'intensité du rouge, du jaune et du vert que du bleu et du violet.

II. — Engelmann a rencontré dans un des bras du Rhin qui entourent son laboratoire à Utrecht une espèce de bactérie remarquable par l'action qu'elle reçoit de la lumière. C'est le *bacterium photometricum*. Cette espèce est colorée en rouge brun et ne contient point de chlorophylle. Elle se déplace en ayant son cil à la partie antérieure : la rotation s'accomplit toujours dans le même sens. En l'absence de la lumière, le bactérium reste immobile (phototonus). Les mouvements provoqués par la lumière cessent lorsque l'organisme est plongé dans l'obscurité. L'influence de la lumière ne dépend pas du dégagement d'oxygène; le bacterium ne peut pas, en effet, produire d'oxygène à la lumière : sa couleur n'est pas une chromophylle. La lumière, d'ailleurs, n'exerce pas son action immédiatement; il y a un retard photokinétique et celui-ci est d'autant moindre, que la lumière est plus intense. D'autre part, il y a un effet photokinétique consécutif; lorsque le bacterium exposé à la lumière

est placé ensuite dans l'obscurité, les mouvements ne cessent pas instantanément, ils se prolongent d'autant plus, que l'éclairement a été plus intense et plus longtemps continué. La lumière très intense produit un arrêt des mouvements et si cet état se prolonge, le bacterium a d'autant moins de tendance à reprendre sa mobilité. Il est impressionnable pour les différents degrés d'éclairement. Les oscillations brusques de l'éclairement produisent des mouvements désordonnés correspondant à l'apparence de la frayeur. Ceci est surtout caractéristique lorsque l'on produit une obscurité subite. Lorsque l'on éclaire partiellement une goutte du liquide qui les contient, les bactéries se rassemblent dans la partie éclairée : l'auteur y voit une nouvelle preuve de leur sensibilité à l'action de la lumière. Engelmann étudie ensuite l'influence de l'oxygène et de l'acide carbonique sur l'impressionnabilité pour les différences d'intensité lumineuse. L'introduction brusque d'oxygène pur agit de la même manière qu'une subite augmentation d'intensité. Des mouvements désordonnés de frayeur sont probablement produits par une dilution subite de l'air. L'acide carbonique a une action très marquée. Les bactéries sont sidérées par le mélange de ce gaz à l'air, comme elles le sont par l'action d'une obscurité subite. Elles reprennent leurs mouvements si l'air carbonique arrive lentement; plus tard l'immobilité devient complète; elles se réveillent sous l'influence de l'air ou de l'hydrogène, à moins que l'action n'ait été longtemps prolongée. — Quant au siège de l'impressionnabilité lumineuse, il était intéressant de savoir s'il était limité à la partie antérieure, au pôle oral comme dans l'euglène, ou diffus dans l'organisme entier. C'est ce dernier cas qui se présente en réalité. Quant à l'influence des couleurs, il est à remarquer que ces organismes se rassemblent dans la région rouge et ultra-rouge. Ils semblent plus impressionnables aux différences de couleur qu'aux différences d'intensité; les mouvements sont plus rapides dans les parties plus actives du spectre. Il y a parallélisme entre l'action photokinétique du spectre et l'action absorbante de la matière colorante des bactéries. La direction de la lumière ne paraît pas avoir d'effet : il n'y a point de phototaxis.

III. — L'extrême impressionnabilité du bacterium photomtericum pour certains rayons ultra-rouges a donné l'idée d'employer ces organismes comme réactifs permettant d'apprécier si certains milieux, ceux de l'œil, par exemple, laissent passer ces rayons invisibles. On constate ainsi que tous les milieux incolores, translucides, verre, eau, solutions d'alun, humeurs aqueuse et vitrée, cristallin, cornée sont absolument diathermanes pour l'ultra-rouge : il en est de même pour quelques milieux colorés, par exemple la solution alcoolique de chlorophylle. La limite de visibilité du spectre dans l'extrémité rouge est aussi la limite de sensibilité des éléments rétiniens pour les rayons les moins réfrangibles.

DASTRE.

**Action de quelques substances sur les bactéries de la putréfaction, par MARCUS et PINET** (*Compt. rend. de la Soc. de biologie*, 18 *novembre* 1882).

Les auteurs se sont posé, pour chaque antiseptique, les deux questions :

*a*) Quelle est la quantité minimum de la substance capable de s'opposer

à la prolifération des bactéries dans un terrain approprié à leur développement?

*b*) Quelle est la quantité minimum de l'antiseptique qui, dans un liquide bactérien, peut empêcher la reproduction des corpuscules bactériens et les tuer?

Voici la table comparative que MM. Marcus et Pinet donnent comme résultat de leur travail :

| Nom de substances antiseptiques. | S'oppose à l'apparition du bactérium à 0/0. | Arrête la prolifération à 0/0. |
|---|---|---|
| Chlore | 0,03 | 0,04 |
| Sublimé | 0,04 | 0,50 |
| Permanganate de potasse | 0,10 | 1,50 |
| Acide salicylique | 0,13 | 0,26 |
| Benzoate de soude | 0,18 | 5,00 |
| Créosote | 0,25 | 1,50 |
| Salicylate de soude | 0,40 | 2,00 |
| Chlorhydrate de quinine | 0,45 | 4,50 |
| Acide phénique | 0,50 | 4,25 |
| — sulfurique | 0,60 | 0,65 |
| — borique | 0,75 | 3,50 |
| Chloral | 1,00 | 5,00 |
| Acide chlorhydrique | 1,35 | 5,00 |
| Alcool | 2,50 | 25,50 |
| Résol | 5,00 | sans action |

Un coup d'œil sur cette table montre qu'il faut employer une quantité de substance beaucoup plus considérable pour entraver la prolifération des bactéries que pour empêcher leur apparition. ASSAKY.

**Les organismes vivants de l'atmosphère, par P. MIQUEL** (*Thèse de Paris*, 1883).

Nous extrayons de cette thèse ce qui a trait à la valeur des divers antiseptiques.

L'auteur ne s'est pas préoccupé du pouvoir antiseptique des agents vis-à-vis tel ou tel microbe, tel ou tel germe figuré; il a recherché simplement le poids minimum des substances capables de s'opposer à l'évolution de n'importe quel germe et quelle bactérie.

Il a pris pour liquide de culture un litre de bouillon de bœuf neutralisé et pour germes les germes naturels de l'air; il a donc recherché la plus petite quantité des agents susceptibles de s'opposer à la putréfaction de ce bouillon.

Il a trouvé :

1° Substances éminemment antiseptiques :

| | |
|---|---|
| Eau oxygénée | 0gr,05 |
| Bichlorure de mercure | 0,07 |
| Nitrate d'argent | 0,08 |

2° Substances très fortement antiseptiques :

| | |
|---|---|
| Iode | 0gr,25 |
| Acide cyanhydrique | 0,40 |
| Brome | 0,60 |
| Sulfate de cuivre | 0,90 |

3° Substances fortement antiseptiques :

| | |
|---|---|
| Cyanure de potassium | 1gr,20 |
| Bichromate de potasse | 1,26 |

| | |
|---|---|
| Gaz ammoniac | 2,40 |
| Chloroforme | 1,50 |
| Chlorure de zinc | 1,90 |
| Acide thymique | 2,00 |
| Sulfate de nickel | 2,50 |
| Acide phénique | 3,20 |
| Permanganate de potasse | 3,50 |
| Alun | 4,80 |

4° Substances modérément antiseptiques :

| | |
|---|---|
| Bromhydrate de quinine | 5gr,50 |
| Acide arsénieux | 6,00 |
| Acide borique | 7,55 |
| Chloral | 9,30 |
| Salicylate de soude | 10,00 |
| Sulfate de protoxyde de fer | 11,00 |
| Soude caustique | 18,00 |

5° Substances faiblement antiseptiques :

| | |
|---|---|
| Chlorure de calcium | 40 gr. |
| Borax | 70 |
| Chlorure de baryum | 95 |
| Alcool | 95 |

6° Substances faiblement antiseptiques :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate d'ammoniaque | 115 gr. |
| Iodure de potassium | 150 |
| Chlorure de sodium | 165 |
| Glycérine | 225 |
| Sulfate d'ammoniaque | 250 |
| Hyposulfite de soude | 275 |

Quant à l'action des vapeurs antiseptiques expérimentée en suspendant des poussières, sur des supports de verre, au centre de grandes bonbonnes, Miquel a trouvé qu'après 15 *à* 20 *jours d'action*, les substances suivantes sont absolument incapables de détruire la vitalité des bactéries.

Vapeurs de chloroforme ;
— acide phénique cristallisé ;
— chlorure de chaux ;
— camphre ;
— éther azoteux ;
— sulfure de carbone ;
— acide cyanhydrique ;
Gaz acide sulfureux ;
Gaz ammoniac.

Au contraire, les vapeurs d'iode, de brome, de chlore, d'acide chlorhydrique et d'acide hypoazotique ont irrévocablement détruit tous les germes dans un intervalle de temps variant de quelques heures à 10 jours.

DE SANTI.

**Sur la respiration dans l'air raréfié. Note de FRAENKEL et GEPPERT** (*Compt rend. de l'Acad. des sciences*, 11 *juin* 1883).

L'intérêt principal de ces recherches réside dans les faits constatés relativement à l'influence de la raréfaction de l'air sur la nutrition des

tissus. Les auteurs se sont attachés à mesurer l'élimination journalière de l'urée, après avoir nourri l'animal pendant plusieurs jours, de manière à lui faire excréter la même quantité d'azote qu'on lui faisait parvenir par sa nourriture. Régulièrement, après un séjour de six à huit heures dans l'air, dont la pression était amoindrie à un tiers, l'élimination de l'urée augmentait et restait la même pendant plusieurs jours après la fin de l'expérience. « Cette augmentation est la suite d'une destruction des tissus, qui se produit par suite de la diminution d'oxygène, en dédoublant les substances albumineuses des tissus. Les produits de désassimilation contenant de l'azote sont emportés par les urines, tandis que les substances non azotées se déposent sous forme de graisse dans le corps, à cause du manque d'oxygène. Nous croyons pouvoir signaler ce fait comme explication d'observations pathologiques, faites notamment sur la dégénérescence graisseuse des tissus après les pertes de sang, après certains empoisonnements, etc. » M. DUVAL.

**Ueber die Veränderungen, welche sich im Rückenmarke im Folge einer geringgradigen Compression entwickeln (Des altérations consécutives à la compression légère de la moelle), par O. KAHLER** (*Prag. Zeitschr. f. Heilk., Band III, p.* 153, 1881).

Kahler étudie ce qui se passe lorsque la moelle est soumise à une compression légère, en injectant à des chiens dans le canal rachidien une certaine quantité de cire. Les faisceaux nerveux sont les premiers atteints : leurs divers éléments, en particulier les cylindre-axes se gonflent, puis se désintègrent et finissent par disparaître ; secondairement le tissu interstitiel et les vaisseaux s'altèrent.

Kahler discute longuement la nature de ce processus ; il admet qu'il s'agit ici, non d'une lésion inflammatoire, mais d'un trouble trophique d'origine purement mécanique. L. D.-B.

**Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs. Note de L. MINOIR** (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 16 *avril* 1883).

Si, sur un sciatique allongé, en un point déterminé de la cuisse, chez une grenouille décapitée, on excite électriquement le nerf au-dessous du point allongé, on provoque la contraction du muscle gastrocnémien, mais pas de réflexes dans la patte opposée ; inversement, en excitant au-dessus du point allongé, on produit des réflexes, mais pas de mouvements dans les muscles du même côté. L'élongation produit donc, dans le point même de l'opération, une interruption de la conductibilité des fibres motrices et sensitives, mais cette interruption n'est pas complète, car en doublant ou triplant la force du courant excitateur, selon le degré de l'élongation, on obtient et des réflexes et des mouvements locaux. Les modifications histologiques, consécutives à une élongation forte, étudiées six semaines après l'opération, montrent une dégénération considérable dans la portion située au-dessous de la partie allongée et dans la région allongée elle-même, la lésion est très peu prononcée au-dessus ; les racines, la moelle sont absolument intactes : pas d'altération

des muscles correspondant au nerf allongé. L'élongation est donc une opération purement locale, une sorte de section incomplète du nerf.

M. DUVAL.

**Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Nervensystems bei Gefässerkrankungen (Recherches expérimentales sur l'influence du système nerveux sur la production des lésions vasculaires), par S. LEWASCHEW** (*Arch. f. pathol. Anat. et Physiol.*, *Bd CII*, p. 152, 1883).

L'auteur a expérimenté sur des chiens adultes. Le nerf sciatique est mis à nu des deux côtés, aussi près que possible de sa sortie du bassin. D'un côté, on passe à travers le tronc nerveux un fil imbibé d'une solution de chlorure de sodium plus ou moins concentrée. Il se développe une inflammation plus ou moins vive. Le plus souvent, la patte correspondante devient chaude, gonflée et, au bout de quelque temps, hyperesthésiée. Ces phénomènes diminuent alors progressivement et tout semble rentrer dans l'ordre. On renouvelle alors la même excitation, et l'on peut ainsi, dans certains cas, entretenir pendant un temps prolongé un état particulier d'irritation dans le nerf et l'extrémité innervée par lui.

Les artères ont été examinées comparativement sur la patte saine et sur la patte en expérience. Les gros troncs vasculaires vers la cuisse, ne présentaient pas de lésion appréciable. Il n'en était pas de même pour les artères des extrémités. De loin en loin, on trouvait des plaques plus ou moins profondes d'inflammation caractérisées par la turgescence des vasa-vasorum, l'existence d'éléments lymphoïdes infiltrés dans la tunique adventice, et la tunique moyenne. Quelquefois, sans doute lorsque l'irritation avait été suffisamment prolongée, les faisceaux de fibres musculaires lisses de la tunique moyenne étaient complètement remplacés par des travées conjonctives. Quelquefois, enfin, la tunique interne elle-même participait à la prolifération inflammatoire. En résumé, il y avait donc là des lésions d'endartérite semblables à celles que l'on rencontre dans les dilatations anévrismales. Ces lésions étaient d'autant plus développées, qu'on se rapprochait davantage des extrémités et par conséquent des régions dans lesquelles l'action des vaso-moteurs est au maximum.

Il est donc permis de penser que l'artério-sclérose et les dilatations anévrismales peuvent reconnaître pour cause un trouble de l'innervation et en particulier de l'innervation vasomotrice.

A. MATHIEU.

**Recherches expérimentales sur la greffe de l'os mort dans l'os vivant. Résorption des séquestres, par LANNELONGUE et VIGNAL** (*Bulletin de la Société de chirurgie*, *p.* 373, 1882).

La preuve expérimentale de la résorption d'une portion d'os absolument inerte et frappée de mort n'avait pas encore été fournie, croyons-nous. Les expériences suivantes attestent que cette lacune a été comblée.

Un cube osseux de 6 millimètres 1/2 de long sur 3 d'épaisseur a été introduit dans le tibia d'un jeune lapin. Cette cheville provenait d'un tissu compacte d'un humérus humain servant aux démonstrations depuis 10 ans.

Elle fut purifiée à l'aide phénique, puis introduite à frottement, recouverte par le périoste et la peau que l'on sutura ensuite ; il n'y eut pas de suppuration. Au bout de 45 jours, on examina la pièce et voici ce que l'on observa.

La cheville osseuse n'existe plus à l'état continu ; dans sa portion médullaire, elle est réduite à quelques fragments irréguliers, isolés les uns des autres au milieu de la moelle, ayant conservé cependant leurs rapports anciens, c'est-à-dire ne s'étant pas déplacés dans le canal médullaire. Dans le tissu compacte, la fragmentation est moins avancée, et sous le périoste, la cheville est couverte d'une mince lamelle osseuse nouvelle. Les fragments d'os anciens sont très irrégulièrement découpés et les bords en sont festonnés ou présentent des lacunes comparables à celles d'Howship. Les canaux de Havers de la cheville sont remplis d'éléments embryonnaires de cellules jeunes et de vaisseaux. La plupart de ces canaux sont très dilatés, 20 et 30 fois plus qu'à l'état normal ; d'autres qui le sont moins sont pourtant aussi envahis par les cellules embryonnaires.

Au niveau de la moelle, on voit peu de myéloplaxes, les médullocèles supportés par les vaisseaux forment une colonnette appliquée avec les fragments d'os. Le même état se rencontre dans les canaux de Havers.

Ainsi il y a d'abord eu irritation produite par la présence de la cheville ; les éléments de la moelle se sont multipliés et ont pénétré partout où il se trouvait un vide. Le tissu osseux s'est trouvé absorbé sans avoir été le siège d'aucun ramollissement, sans passer par un état liquide dont on ne trouve aucune trace, on ne peut guère, d'ailleurs, accorder d'influence, pour expliquer le mécanisme de cette résorption à d'autres agents qu'à cette couche d'éléments embryonnaires supportés par de larges capillaires qui se pressent contre la paroi de l'os inerte. Comme on le voit, une néoformation cellulaire, puis plastique et enfin osseuse, rétablit en quelque sorte la continuité de la cheville ; l'os de nouvelle formation n'existe pas seulement à la périphérie de la cheville, il s'en est également formé en proportion considérable dans les canaux de Havers et dans les lacunes agrandies, et ce nouvel os a tous les attributs des os récemment reconstitués. La soudure de la cheville transformée en nouvel os se fait avec l'os ancien sans ligne de démarcation autre qu'une ligne réfringente avec la couche osseuse de la cheville.

Une deuxième expérience, faite avec une cheville d'ivoire, a montré que le processus était beaucoup moins actif que dans la cheville d'os. La résorption n'y est que partielle et incomplète. Il faut en chercher la cause dans la constitution plus dense du tissu de l'ivoire et l'extrême finesse de ses canalicules.

Le résultat de cette double expérience est assez net pour que l'on puisse poser en principe la supériorité des chevilles osseuses sur les chevilles d'ivoire dans la pratique des résections. L. JULLIEN.

**Sur la reproduction des extrémités articulaires dans les résections sous-capsulo-périostées, par D. BAJARDI** (*Archives italiennes de biologie, t. Ier, fasc.* 3, *p.* 389).

Les conclusions principales de ce travail sont les suivantes : 1° L'extrémité articulaire d'un jeune animal, réséquée avec conservation du périoste

et de la capsule articulaire, se reproduit exactement sur son type primitif; 2° l'extrémité articulaire reproduite est formée de substance spongieuse et se trouve recouverte dans une étendue plus ou moins grande de véritable cartilage d'incrustation; 3° la substance osseuse et le cartilage qui composent la nouvelle extrémité articulaire procèdent en partie du périoste de la diaphyse, en partie de la moelle et en partie du tissu conjonctif qui revêt la portion osseuse de l'épiphyse réséquée.

C. GIRAUDEAU.

**Contribuzione alla patalogia del tessuto muscolare, par PERRONCITO** (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino, août* 1882).

Ce mémoire contient plusieurs séries de recherches, dont les plus intéressantes sont relatives à la *réparation* du tissu musculaire lacéré. Il résulte des nombreuses expériences entreprises sur divers animaux (grenouille, lapin, chien, chevreau, etc.), que dans la cicatrisation des plaies des muscles, un facteur important est la production d'éléments musculaires nouveaux aux dépens des faisceaux divisés. Quelques heures après le traumatisme, la surface de section du muscle se gonfle, il se fait une prolifération des noyaux musculaires au voisinage de cette surface, et les noyaux multipliés s'entourent d'une petite masse de protoplasma granuleux; bientôt se dessine un prolongement irrégulier, sorte d'expansion sarcodique formée par le protoplasma contenant des noyaux; ce prolongement peu à peu s'allonge en se dirigeant vers la profondeur de la plaie, parfois il se bifurque à son extrémité; d'abord mince et moniliforme, il augmente de volume et prend un calibre régulier, pendant que les noyaux condensés dans son épaisseur se disposent en séries longitudinales; vers le neuvième jour, une striation légère commence à paraître, et bientôt le protoplasma se transforme en tissu musculaire parfait. Ces prolongements de nouvelle formation se terminent en général par une extrémité arrondie, et sont enchâssés dans le tissu fibreux cicatriciel qui fait l'office de tendon intermédiaire; lorsque l'écartement des tronçons a été peu considérable, les prolongements musculaires émanés des deux surfaces de section se rencontrent et s'entrecroisent comme les doigts des mains; quelquefois même il y a soudure entre les fibres nouvelles d'un côté à l'autre, et la continuité du tissu musculaire est ainsi rétablie.

H. BARTH.

**Untersuchungen über die Zuckungscurve des menschlichen Muskels im gesunden und kranken Zustande (Recherches sur la courbe de contraction des muscles à l'état normal et à l'état pathologique), par Ludwig EDINGER** (*Zeitsch. f. klin. Med., Band VI, p.* 139).

Edinger étudie la courbe de contraction des muscles en se servant des méthodes de Marey et en utilisant les travaux publiés par Mendelsohn sur le même sujet.

Les variations pathologiques de la contraction musculaire portent surtout sur le temps perdu (période d'excitation latente), plus rarement sur la forme de la courbe.

Dans tous cas de contracture due à une dégénération secondaire par hémorragie cérébrale, le temps perdu fut augmenté. Il fut normal dans deux cas de dégénération secondaire par compression de la moelle.

Dans un cas de tabes dorsal et un cas d'atrophie musculaire progressive, le temps perdu fut considérable ; un cas de sclérose en plaques ne présenta rien d'anormal.

Chez des malades atteints d'atrophie musculaire, de diabète, d'ictère, la période d'excitation latente fut trouvée plus considérable qu'a l'état normal. L'auteur reconnait que ses observations ne sont pas assez nombreuses pour tirer des conclusions générales. M. DEBOVE.

**Lésions valvulaires expérimentales chez le chien. — Présentation d'un animal opéré, par François FRANK** (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, *n°* 7, 1882).

L'auteur montre sur un cœur d'un chien les lésions de la valvule tricuspide qu'il produit par la section intra-cardiaque des cordages tendineux. Il fait encore entendre le souffle systolique qui résulte de la même lésion chez un chien opéré depuis six jours. Après ces présentations, il expose les symptômes présentés à partir du moment de l'opération jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant deux à trois mois, par les animaux auxquels il a pratiqué des insuffisances tricuspidiennes.

Le souffle systolique remplace le premier bruit à partir du moment de la lésion ; il est d'autant plus aigu, que la lésion est plus circonscrite. Il est grave et s'accompagne d'un frémissement cataire, intense quand la valvule est largement insuffisante. L'intensité du souffle de l'insuffisance s'atténue, à mesure que le ventricule droit se dilate et que son énergie impulsive diminue.

La fréquence des pulsations est ordinairement plus que doublée dès le début et marche de pair avec l'accélération respiratoire. La diminution considérable des ondées aortiques s'exagère dans les mouvements rapides avec efforts musculaires, au point de produire la syncope et de mettre la vie en danger. MARCUS.

**Ueber die Bedeutung der Gefässnerven für die Entstehung des Oedems (Du rôle des vaso-moteurs dans la production de l'œdème), par K.-W. ZANKOWSKI** (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, *Band XCIII, Heft* 2, *p.* 259, 1883).

L'auteur s'est proposé de rechercher de quelle façon la paralysie des vaso-moteurs influence l'inflammation, d'étudier le cours de la lymphe sous l'influence de l'inflammation et de la stase, avec ou sans section des nerfs, d'étudier enfin le résultat de la paralysie des vaso-moteurs dans l'hydrémie.

Ses expériences l'ont amené aux résultats suivants :

1° Une extrémité enflammée, avec paralysie des vaso-moteurs, donne lieu à un écoulement de lymphe beaucoup plus considérable qu'une extrémité également enflammée, mais avec des vaso-moteurs intacts.

2° La combinaison de l'inflammation et de la paralysie des vaso-moteurs provoque un œdème beaucoup plus marqué que celui qui résulte de l'inflammation simple.

3° Cependant, la section des nerfs n'a pas d'influence déterminée sur la composition de la lymphe inflammatoire, sur sa couleur, sa richesse en substances solides.

L'auteur rendait des chiens hydrémiques en leur faisant une saignée considérable (1/2 de la masse du sang), et en remplaçant le sang par une quantité équivalente d'une solution de chlorure de sodium à 0,6 0/0, injectée dans la carotide. Il a trouvé que l'œdème se produisait avec une rapidité et une facilité beaucoup plus grandes, dans le membre sur lequel la section des nerfs avait été pratiquée.

L'hydrémie par elle-même ne suffit pas pour produire l'œdème ; mais l'œdème survient très facilement chez les individus hydrémiés, sous l'influence d'une simple irritation inflammatoire ou de la paralysie des vaso-moteurs. A. M.

**Nouvelles recherches expérimentales pour démontrer l'origine hématogène de l'albuminurie brightique, par M. SEMMOLA** (*Arch. de physiol.*, 1882).

M. Semmola revient sur cette opinion que la maladie de Bright est une spécialité pathologique qui, avant d'être une lésion profonde du rein, est un profond désordre de nutrition produit par des altérations chimico-moléculaires dans la constitution des albuminoïdes, lequel les rend impropres à leurs fonctions vitales. La maladie de Bright ne doit donc pas figurer dans le groupe des maladies des reins. V. H.

**Note sur quelques expériences faites dans le but de contrôler les propriétés septiques du liquide des kystes hydatiques, par E. KIRMISSON** (*Gaz. hebdom.*, *n°* 50, 1882).

Ces expériences ont été faites avec le liquide extrait d'un kyste hydatique du foie, après filtration pour éviter les accidents mécaniques provoqués par les crochets. Les injections intra-veineuse, intra-péritonéale et sous-cutanée pratiquées avec ce produit, ont été absolument négatives. L'auteur conclut que le liquide des kystes hydatiques ne possède pas fatalement et toujours les propriétés septiques et phlogogènes qui déterminent les accidents de péritonite ou autres, et que ces propriétés tiennent à des altérations particulières, peut-être comme l'ont signalé Mourson et Schlagdenhauffen, à la présence passagère de ptomaïnes. (Voy. plus haut p. 51.) P. MERKLEN.

**I. — Expériences relatives aux troubles de la motricité produits par les lésions de l'appareil auditif. — Sur les phénomènes morbides qui se manifestent chez les lapins sous l'influence de l'introduction du chloral hydraté dans l'oreille, par VULPIAN** (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 8 *et* 29 *janvier* 1883).

**II. — Ueber die Wirkungen des wasserfreien Chlorals nach Application auf die unverletzte äussere Haut und die Allgemeinwirkung starker Hautreize (Sur les effets du chloral anhydre consécutifs à son application sur la peau intacte**

**et sur l'action générale des irritations cutanées intenses), par L. SCHULZ** (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmak., Band XVI, Heft* 5 et 6, *p.* 305).

I. — Si l'on verse dans une des oreilles d'un lapin quelques gouttes d'une solution aqueuse de chloral hydraté, on voit, au bout seulement de 12 à 15 minutes, apparaître des troubles de mouvement, titubation générale, oscillations de la tête, puis rotation de la tête autour de l'axe du cou (la joue du côté opéré étant tournée vers le sol), troubles qui, au bout de quelques heures, et surtout le lendemain, s'accusent de plus en plus, de sorte qu'alors l'animal tourne en roulant sur lui-même, avec impétuosité, comme dans les cas de lésion d'un des pédoncules cérébelleux moyens : le déplacement a lieu du côté sain vers le côté opéré ; en même temps, les deux yeux exécutent des mouvements étendus de nystagmus vertical. Il n'y a pas de paralysie des membres, mais seulement des muscles de la face du côté opéré. Si le chloral est versé dans les deux oreilles, au lieu de la rotation en manège, on constate une tendance à renverser la tête en arrière et à marcher à reculons. D'après les phénomènes produits par les lésions de l'oreille interne, il paraît vraisemblable que ces troubles sont dus à l'action du chloral sur l'oreille interne, et, en effet, on trouve à l'autopsie de ces lapins une inflammation intense des cavités de cette partie de l'oreille ; de plus, la solution de chloral versée dans l'oreille externe, lorsque celle-ci contient beaucoup de cérumen, ne produit pas d'accidents. On doit donc admettre que, dans les cas où il y a troubles du mouvement, c'est que le chloral a traversé par imbibition la membrane du tympan, et est arrivé, par les membranes des fenêtres ronde et ovale, jusqu'aux canaux demi-circulaires et au limaçon : l'intensité croissante des troubles moteurs est due à l'augmentation progressive de l'irritation.

M. DUVAL.

II. — M. L. Schulz a institué des recherches pour conserver les expériences de M. Brown-Séquard qui ont conduit ce physiologiste à affirmer que des applications de chloroforme, de chloral anhydre et de chloral hydraté sur certaines régions de la peau développent chez les cobayes, les lapins, les chats et les chiens, par voie réflexe, en vertu d'une action à distance sur les centres nerveux, de la somnolence, de l'anesthésie, des phénomènes de paralysie motrice, des convulsions épileptiformes. Les résultats des expériences de Schulz parlent contre l'opinion de M. Brown-Séquard. (Voy. *R. S. M.*, XVII, 761.)

Les applications de quantités relativement considérables de chloroforme sur différentes régions de la peau, n'ont produit qu'exceptionnellement une faiblesse passagère, un peu de stupeur, de la titubation, effets que l'auteur met sur le compte de l'inhalation d'une certaine quantité de chloroforme appliqué sur la peau, chose inévitable.

Les applications de chloral anhydre sur le tégument externe ont toujours développé à bref délai les symptômes de l'absorption de l'hydrate de chloral à hautes doses (incertitude de la démarche, faiblesse de l'arrière-train et finalement paralysie motrice et anesthésie complète). A la suite d'une application de 2 centimètres cubes de chloral anhydre sur la peau du tronc, les animaux finissaient par succomber dans le coma, avec tous les signes d'une paralysie de la respiration. Jamais les accidents ne se développaient subitement ; ils suivaient une marche progressive, ce qui exclut

déjà l'hypothèse de manifestations réflexes. Au lieu d'application, le chloral anhydre déterminait une irritation très vive due à la déshydratation des tissus. Il en résultait en ce point une coagulation de l'albumine des éléments anatomiques, comme on pouvait s'en convaincre à l'autopsie des animaux. Le chloral anhydre, grâce à cette soustraction d'eau, se métamorphosait en hydrate de chloral, était résorbé sous cet état et arrivait ainsi en contact avec les centres nerveux pour provoquer les accidents susdits. Plusieurs des animaux qui ont servi à ces expériences ont présenté de l'hémoglobinurie et des altérations rénales, ce que l'auteur attribue à la désorganisation des globules rouges par le chloral absorbé.

Cette absorption du chloral a été mise en évidence par l'analyse de l'urine recueillie chez des chiens soumis à ces applications de chloral anhydre ; cette urine renfermait des quantités appréciables d'acide urochloralique.

Les applications sur la peau de solutions d'hydrate de chloral n'ont pas donné lieu à des effets appréciables. De même, les applications d'acide concentré (acide nitrique, acide acétique glacial, acide formique) n'ont pas développé de phénomènes réflexes du côté des centres nerveux. A la suite des applications d'acide formique, il s'est produit de l'hémoglobinurie avec altérations rénales, comme dans quelques unes des expériences avec le chloral anhydre.

Jamais il n'y eut de modification sensible de la pression vasculaire, à la suite de ces applications irritantes. E. RICKLIN.

**Die künstliche Gasausblähung des Dickdarms zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken (Insufflation artificielle dans le gros intestin, dans un but thérapeutique et diagnostique), par ZIEMSSEN** (*Deuts. Arch. f. klinische Med., Band XXXIII, Heft* 3 *u.* 4, *p.* 235, 1883).

Voici le principe de cette méthode. Par la mise en contact d'une petite quantité de 10 à 12 grammes de bicarbonate de soude et d'acide tartrique, on produit dans le rectum et le gros intestin le développement d'un volume de gaz relativement considérable. Le gros intestin se dilate, et, par la percussion abdominale, il devient facile de déterminer exactement ses rapports et son étendue. On comprend que l'on puisse de cette façon recueillir des renseignements intéressants pour le diagnostic de certaines lésions du gros intestin, savoir s'il existe une oblitération ou simplement une constriction notable, déterminer exactement quel est le siège de ce resserrement. Il peut y avoir là des données importantes pour la fixation du lieu où doit être pratiqué un anus contre nature. Le passage rapide du gaz dans l'estomac et l'œsophage, dans la cavité abdominale, fera reconnaître l'existence d'une communication anormale entre le gros intestin, l'estomac ou la cavité péritonéale.

Il était intéressant de savoir si la valvule iléo-cæcale se laisserait forcer, s'il y aurait passage du gaz du gros intestin dans l'intestin grêle. Sur le cadavre comme sur le vivant, cette communication est l'exception. Elle est rendue plus facile par le sommeil narcotique.

Sous l'influence d'une distension considérable, on observe une diminution notable des mouvements péristaltiques de l'intestin : chose intéres-

sante au point de vue de la physiologie pathologique du tympanisme abdominal.

L'acide carbonique produit sur l'intestin une action nettement excitante que l'on peut utiliser en thérapeutique. La simple distension mécanique de l'intestin peut être elle-même utilisée plus facilement et avec moins d'inconvénients que les lavements monstres employés dans des cas d'occlusion intestinale. On pourra chercher à provoquer la rupture des adhérences dans certains cas de péritonite chronique. A. MATHIEU.

---

# TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

**I. — Contribution à l'étude de l'action physiologique du sulfate de quinine, par A. TESTORY** (*Thèse de Paris*, 1883).

**II. — Contribution à l'étude expérimentale de l'action physiologique du sulfate de quinine, par SOULIER** (*Thèse de Paris*, 1883).

**III. — Étude comparative de l'action physiologique des quatre principaux alcaloïdes du quinquina, quinine, cinchonine, cinchonidine, quinidine, par Jules SIMON** (*Thèse de Paris*, 1883).

**IV. — Recherches expérimentales sur l'action physiologique du sulfate de cinchonidine, par DOUVRELEUR** (*Thèse de Paris*, 1883).

**V. — Étude expérimentale de l'action physiologique de la quinine principalement considérée dans son influence sur le fonctionnement du cœur, par LABORDE** (*Soc. de biologie*, 9 *décembre* 1882).

**VI. — Expériences relatives à l'action du sulfate de quinine sur la circulation sanguine, par BOCHEFONTAINE** (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 13 *janvier* 1883).

I. — De quelques expériences peu nombreuses, faites sur des cobayes, l'auteur tire les conclusions suivantes : administré à faibles doses, le sulfate de quinine fait baisser la température de 3 à 4 dixièmes de degré; cette action ne va pas au delà de vingt-quatre heures.

A doses élevées, la température s'élève et retombe au niveau normal après 48 heures. La quantité d'urée sécrétée diminue peu avec de faibles doses de sulfate de quinine; elle baisse, au contraire, d'une façon notable si l'on administre des doses élevées de ce sel. Il en est de même pour la diurèse; la sécrétion urinaire, ralentie lorsqu'on emploie de grandes quantités de sulfate de quinine, semble activée si ce sel est administré à faibles doses.

Enfin, le poids de l'animal semble augmenter lorsque le sulfate de quinine est donné d'une manière continue.

Toutes ces expériences ont été faites avec l'emploi de la méthode sous-cutanée; les injections hypodermiques de sulfate de quinine n'ont jamais produit d'accidents inflammatoires.

II. — Le premier effet de la quinine est de produire une accélération des battements du cœur, puis, au bout d'un certain temps, de ralentir cet organe ; le pouls restant au début accéléré, la pression sanguine augmente, puis diminue progressivement et tombe de 19° à 6°, lorsque la dose est mortelle.

On n'observe jamais ni irrégularité, ni ataxie dans les battements du cœur.

Ces divers phénomènes ont été observés chez les mammifères après section préalable des pneumogastriques ; la quinine agit donc directement sur l'appareil cardiaque.

A dose toxique, le sulfate de quinine produit chez les animaux à sang froid de l'engourdissement, de la résolution paralytique ; mais on n'a pas pu observer dans aucun cas des phénomènes convulsifs. Chez les animaux à sang chaud, il se produit d'abord une sorte d'ivresse caractérisée par un balancement latéral de la tête, de l'incoordination des mouvements, puis survient un état de faiblesse extrême, l'animal est pris de vomissements, et c'est dans ce cas, mais non d'une façon absolue que se montrent des convulsions épileptoïdes ou tétaniformes. C'est chez le lapin que ces phénomènes ont été le plus fréquemment observés.

2 grammes de sulfate de quinine en solution injectés sous la peau suffisent pour produire la mort chez le chien, 1 gramme chez le lapin, 20 centigrammes chez le cobaye, 2 centigrammes 50 seulement pour la grenouille.

Il faut noter que les solutions acides ou neutres de sulfate de quinine sont très irritantes pour les tissus et provoquent fréquemment l'apparition d'eschares et d'abcès.

III. — Les quatre principaux alcaloïdes du quinquina, bien que possédant la même composition chimique, la même formule, étant en un mot isomères, ne possèdent pas une action physiologique identique.

On peut les séparer en deux séries bien distinctes ; d'un côté se trouve la quinine et sa principale préparation le sulfate, de l'autre, la cinchonine, la cinchonidine et la quinidine ; tandis que ces trois alcaloïdes agissent surtout sur les régions myélitique et bulbaire de l'axe cérébro-spinal, la quinine, au contraire, localise plutôt son action sur le cerveau proprement dit. Tandis que celle-ci produit à doses croissantes des phénomènes d'incoordination motrice, de tremblement et de collapsus paralytique, les autres alcaloïdes sont caractérisés avant tout par des phénomènes convulsifs apparaissant d'emblée et dont l'intensité varie par gamme décroissante, suivant que l'on emploie la cinchonine, la cinchonidine, la quinidine.

A doses progressivement croissantes, la quinine augmente l'amplitude des contractions cardiaques, puis détermine ensuite une véritable ataxie cardiaque que caractérisent des contractions très accélérées, irrégulières et d'une faiblesse extrême ; cette phase d'irrégularité coïncide avec celle des phénomènes ataxiques généraux et d'ivresse quinique ; des modifications de même nature s'observent dans le rythme respiratoire.

Ces phénomènes se reproduisent avec les trois autres alcaloïdes, mais de même que les phénomènes convulsifs, ils sont bien plus exagérés que ceux observés après l'emploi de la quinine ; ils constituent alors dans ce cas des modifications primitives et d'emblée.

Les quatre alcaloïdes du quinquina ne sauraient donc fournir les mêmes indications thérapeutiques ; celles de la cinchonine, de la cinchonidine et de la quinidine sont encore à déterminer.

Quant à la quinine, elle doit être employée comme médicament absolument pur ; il faut, en outre, surveiller son action sur le cœur, car à doses massives, elle peut provoquer des accidents syncopaux, surtout lorsque le myocarde possède, par le fait d'une fièvre grave, fièvre typhoïde, etc., un état pathologique plus ou moins accusé.

IV. — Chez les animaux supérieurs, la cinchonidine détermine des phénomènes d'ivresse, un état paralytique des membres postérieurs s'accompagnant de convulsions ou de tremblements convulsifs. La respiration extrêmement accélérée au début ne tarde pas, après quelques minutes, à se ralentir ; elle devient difficile ; l'inspiration se fait comme par saccades. Quant au cœur, ses contractions d'abord accélérées se ralentissent, mais restent toujours régulières, ne présentent pas d'intermittences; la pression sanguine, augmentée au début, diminue progressivement lorsque la dose est toxique.

La cinchonidine s'élimine en partie par la salive, mais surtout par les urines ; elle donne lieu également à des vomissements répétés et à une salivation abondante. Comme agent antithermique, elle paraît posséder une action plus considérable que la quinine. — Très soluble dans l'alcool, on pourrait peut-être l'employer en thérapeutique en injection hypodermique.

La cinchonidine se rapproche donc beaucoup du sulfate de quinine par plusieurs de ses propriétés physiologiques.

V. — Les effets de la quinine sur le fonctionnement du cœur varient, suivant que l'on emploie des doses fractionnées et distancées ou des doses massives d'emblée. Dans le premier cas, on observe d'abord une première phase caractérisée par un accroissement notable de l'impulsion cardiaque coïncidant avec une diminution sensible et à peu près proportionnelle des battements du cœur ; si la dose de sulfate de quinine est renouvelée peu de temps après, on observe alors des irrégularités manifestes dans le rythme des contractions cardiaques, puis en même temps une augmentation rapide, précipitée de ces contractions et une diminution proportionnelle de leur amplitude ; bientôt survient une véritable ataxie motrice du cœur, une asystolie due à l'épuisement du muscle cardiaque dont les contractions ne sont représentées que par une sorte de tremblement fibrillaire du myocarde.

Si l'on donne d'emblée des doses massives de sulfate de quinine, on ne passe pas par cette phase intermédiaire d'amélioration et l'on observe alors, dès le début de l'expérience, des phénomènes de stupeur et de collapsus avec suspension définitive des contractions cardiaques.

Tous ces phénomènes sont observés également avec la cinchonine, mais l'action primitivement convulsivante de cette dernière augmente et aggrave les troubles ataxiques et tétanisants du muscle cardiaque, en même temps que par les accès convulsifs, elle provoque des troubles considérables du côté de la fonction respiratoire.

On comprend donc que la quinine pourra provoquer des accidents de syncope cardiaque ou syncope respiratoire dans la fièvre typhoïde ou dans les fièvres graves de même nature, où les reins ne fonctionnent

plus normalement. Ces accidents seront d'autant plus à craindre, que la quinine employée renferme fréquemment de la cinchonine. (Voy. *R. S. M.*, XXII, 74.)

VI. — M. Bochefontaine conclut de ses expériences, faites avec le sulfate de quinine ingéré dans l'estomac, ou introduit dans l'économie par des injections intraveineuses, que cette substance agit sur le cœur en ralentissant ses contractions et augmentant l'amplitude de ses pulsations, sur la circulation artérielle, en diminuant la tension vasculaire d'une façon très notable; jamais il n'aurait observé l'incoordination, l'ataxie motrice du cœur signalées par M. Laborde. W. OETTINGER.

**Sur un nouveau corps dérivé de la cinchonine, par S. MARCUS et OECHSNER DE CONINCK** (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, *n°* 13, 1882).

Les auteurs décrivent un corps nouveau, extrait de l'huile de Dippel : c'est la collidine, dérivé de la cinchonine. Elle est antipyrétique, paralyse les mouvements volontaires, et agit enfin sur les nerfs de la cornée en détruisant ses propriétés réflexes. Peut-être ce corps trouvera-t-il son emploi dans la thérapeutique oculaire. ASSAKY.

**Influenza della caffeina e dell'infuso caffe sulla quantita giornaliera di urea emana dall'uomo colle urine, par FUBBINI et OTTOLENGHI** (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino*, *août* 1882).

Il résulte de ces expériences : 1° que l'usage du café et celui de la caféine à la dose de 20 ou 25 centigrammes par jour, déterminent une augmentation de l'excrétion d'urée ; 2° que si on représente par le chiffre 100 la quantité d'urée émise en vingt-quatre heures par un individu, cette quantité s'élève à 117, sous l'influence du café ou de la caféine.

H. BARTH.

**Action de la nicotine sur le cœur, par Ch. ROUGET** (*Rapport sur l'école pratique des Hautes-Études*, 1881-1882).

Rouget a montré que lorsqu'on vient à toucher avec une solution concentrée de nicotine le cœur d'un animal tué par des inhalations de chloroforme ou d'éther, la nicotine excite des contractions et finit même par faire passer le cœur, qui était, au début de l'expérience, en diastole, à l'état de contracture permanente. De nouvelles recherches lui ont montré que si l'on instille quelques gouttes d'une solution de nicotine sur le cœur immobile en diastole d'une grenouille empoisonnée par une injection sous-cutanée de chloral, on voit reparaître sous cette influence l'excitabilité du cœur par des courants d'intensité moyenne, que ces courants soient appliqués directement aux ventricules ou qu'on les fasse agir par l'intermédiaire des pneumogastriques. Les battements spontanés reparaissent même et persistent pendant un temps assez long après l'excitation. ASSAKY.

**Étude expérimentale sur l'action physiologique de la saponine, par LHOMME** (*Thèse de Paris*, 1883).

Mise en contact avec les muscles et les nerfs, la saponine en abolit presque instantanément l'excitabilité, n'agissant pas dans ce cas comme les agents chimiques qui l'exagèrent avant de la détruire. La saponine semble agir d'une façon beaucoup moins énergique sur les muscles lisses que sur les muscles striés ; elle n'altère en rien les mouvements des cils vibratiles.

Introduite dans le torrent circulatoire, la saponine produit une paralysie qui, débutant par les membres inférieurs, ne tarde pas à devenir totale ; elle agit directement sur la substance grise de la moelle en laissant d'abord les éléments nerveux et musculaires intacts, mais ils ne tardent pas à être bientôt pris ; c'est d'abord le nerf qui devient inexcitable, tandis que le muscle se contracte encore sous l'influence d'une excitation directe, puis ce dernier, à son tour, perd entièrement ses propriétés contractiles et ne tarde pas à entrer en rigidité cadavérique.

Localement elle agit sur le muscle cardiaque en paralysant ses mouvements ; introduite dans la circulation, elle produit les mêmes effets, mais ils apparaissent avec plus de lenteur ; elle n'agit pas sur l'élément musculaire, car une excitation même légère détermine des contractions cardiaques, mais sur les centres moteurs de l'organe central de la circulation, en les paralysant. En même temps que le cœur bat moins vite et perd son énergie, la circulation se ralentit et la pression sanguine baisse considérablement ; les mouvements respiratoires sont également ralentis, puis définitivement arrêtés, la température baisse de plusieurs degrés, les sécrétions sont notablement diminuées. W. OETTINGER.

**Eine brauchbare Ergotinmodification (Nouvelle préparation d'ergotine), par L. PROCHOWNICK** (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 29, 1882).

Il s'agit d'une modification de l'extrait d'Yvon préparé par le Dr Sick, pharmacien à Hambourg : l'extrait du Dr Sick présente les avantages suivants :

1° L'ergot est, avant tout traitement, privé de toute sa partie huileuse ;

2° Après avoir fait subir à l'ergot le traitement indiqué par Yvon, Sick le traite une fois encore par l'alcool et la dialyse ;

3° L'extrait ainsi préparé peut se conserver longtemps : une quantité donnée de cet extrait représente environ 15 fois son poids d'ergot, privé de son huile ;

4° Une solution de 2 grammes d'extrait, dans 15 grammes d'eau distillée, donne une belle solution presque transparente et d'un brun clair ambré. Une seringue d'un gramme de cette solution représente 2 grammes d'ergot dépouillé de son huile.

L'auteur a expérimenté cette préparation depuis 3 ans et demi, comparativement à l'extrait d'ergot de la pharmacopée allemande, à l'ergotine Bonjean et à l'extrait de Wernick. Un gramme d'extrait de la pharmacie allemande représente environ 5 grammes d'ergot non dépouillé de son

huile : et 1 gramme d'extrait de Wernick en représente environ 6 grammes. L'auteur a constaté que :

1° L'extrait d'Yvon-Sick est de beaucoup le moins douloureux et le mieux toléré ;

2° La douleur, après l'injection d'extrait d'Yvon-Sick, dure en moyenne 12 heures, dans quelques cas, jusqu'à 36 heures : après l'injection des deux autres extraits, la douleur ne dure jamais moins de 20 à 24 heures et souvent plus ;

3° Avec l'ergotine de la pharmacie allemande, on a des indurations au niveau des piqûres dans un 1/3 des cas; et avec l'ergotine de Wernick dans 1/4 des cas. Avec la préparation de Sick, l'auteur n'en a eu que 3 fois ;

4° L'auteur n'a jamais eu d'abcès avec l'ergotine de Sick : il en a eu 3 avec l'ergotine allemande et 2 avec l'ergotine de Wernick ; et, cependant, il a fait au moins cinq fois plus d'injections avec la première qu'avec les deux autres ;

5° Il faut, autant que possible, éviter la couche graisseuse, et pousser l'injection, soit dans le tissu cellulaire, qui sépare cette couche des fascia aponévrotiques (chez les personnes grasses), soit immédiatement sous la peau, chez les personnes maigres;

6° L'extrait d'Yvon-Sick s'est montré très efficace dans le traitement des myomes, de l'endométrite chronique, et pour favoriser l'involution puerpérale : il est au moins aussi efficace que les autres extraits, il ne coûte pas plus cher. H. DE BRINON.

**Ueber die Wirksamkeit verschiedener Handelspräparate des Aconitins (De l'énergie de diverses préparations commerciales de l'aconitine), par Erich HARNACK et R. MENNICKE** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 658, 22 *octobre* 1883)

La pharmacopée allemande a rayé l'aconitine du nombre des médicaments officinaux, vu le peu de constance des préparations et la dissemblance des effets thérapeutiques obtenus.

Jusqu'ici on se croyait en outre autorisé à admettre que pharmacologiquement parlant, il existait 3 sortes de cet alcaloïde : 1° l'aconitine allemande tirée de l'aconit napel; 2° la pseudaconitine extraite de l'aconit ferox qui paraissait 20 fois plus énergique que la précédente ; 3° la japaconitine provenant de l'aconit japanicus.

Mais les expériences qu'Harnack et Mennicke viennent de faire sur des grenouilles, avec huit produits différents, tendent à montrer que c'est dans le plus ou moins de soin apporté à la préparation de l'aconitine et non dans sa provenance de diverses espèces d'aconit, qu'il faut chercher la raison de sa variété si considérable d'énergie.

En effet, l'action des diverses aconitines convenablement préparées est sensiblement la même. La limite inférieure des doses actives, qui est d'un demi-milligramme par kilo du poids de l'animal, est à peu près identique pour l'aconitine cristalisée Duquesnel et pour les nouveaux produits de Merck, la japaconitine et l'aconitine retirée de l'aconit tyrolien.

Quant à la dose mortelle, la japaconitine est un peu plus énergique et plus rapide dans ses effets; d'autre part, à faibles doses, c'est l'aconitine

Duquesnel qui a l'action la plus durable, mais, en solution aqueuse, elle perd plus rapidement son efficacité que les deux autres.

L'aconitine tyrolienne offre les plus grandes diversités individuelles quant à son énergie, tantôt tuant déjà à petite dose, tantôt inoffensive à doses beaucoup plus considérables.

Il n'existe aucune autre base organique dont l'action paralysante sur le système moteur s'exerce avec autant de régularité de haut en bas que celle de l'aconitine. Le cerveau étant frappé en premier lieu, on note d'abord la cessation des mouvements volontaires et la disparition de l'aptitude à la coordination des mouvements. Ensuite la moelle est atteinte, d'abord dans sa conductibilité transversale, puis dans sa conductibilité longitudinale. C'est cette influence sur le système nerveux central, aidée de l'action sur le cœur, qui explique la mort des animaux empoisonnés par de faibles doses d'aconitine. Mais déjà on observe presque toujours en même temps un commencement de paralysie des terminaisons nerveuses intra-musculaires. Plugge (*Virchow's Archiv.* t. 87) admet à tort cette paralysie des extrémités nerveuses comme le phénomène primitif sinon même unique de l'intoxication.

Lorsqu'on administre des doses plus fortes, non seulement la paralysie des terminaisons nerveuses suit de très près celle du système nerveux central, mais les muscles striés sont également frappés d'inertie.

Pourtant les effets de l'empoisonnement ne sont pas toujours aussi simples. Parfois, au début, on voit à côté des symptômes de paralysie certains phénomènes d'excitation; à l'abolition ou à l'affaiblissement des mouvements volontaires, s'associent une augmentation de l'excitabilité réflexe et des troubles particuliers qui permettent de conclure à une irritation médullaire. Les mouvements convulsifs de mastication, de déglutition, etc., ne sont pas rares. D'autres fois, des convulsions paraissent imminentes. Assez souvent aussi, on observe de violentes contractions fibrillaires sur les muscles des régions les plus diverses. Il est probable qu'il s'agit de phénomènes d'excitation des terminaisons intramusculaires des nerfs.

Mais généralement ces symptômes d'irritation disparaissent vite et la paralysie suit sa marche.

De tous les produits expérimentés par les auteurs, c'est la japaconitine qui a déterminé les phénomènes d'excitation les plus intenses.

Quant à l'action sur le cœur, Harnack et Mennicke se sont assurés que, même avec les préparations les plus énergiques, on peut distinguer les 3 stades décrits par Boehm : phase initiale d'accélération des mouvements; phase convulsive très courte, dans laquelle les contractions deviennent irrégulières et prennent le caractère des mouvements péristaltiques, les 3 cavités se contractant en apparence complètement indépendamment l'une de l'autre et suivant un rythme différent; enfin phase d'arrêt des mouvements qui, après être redevenus réguliers, se ralentissent de plus en plus et finissent par cesser, d'abord, au niveau du ventricule. (*R.S.M.*, I, 53 et 56; VI, 592; VII, 89, 91 et 539; X, 89; XV, 87; XVIII, 51.)

J. B.

**I. — Sull'uso della cairina in terapia (De l'emploi de la kairine en thérapeutique), par QUEIROLO** (*Italia medica, n° 26, 1883*).

**II. — Ueber Kaïrinum muriaticum, par HOFFER** (*Wien. med. Woch., n°s 30 et 31, 1883*).

**III. — Ueber Kairin, par DRASCHE** (*Société des médecins de Vienne, 6 avril 1883*)

I. — Ces recherches ont eu pour but principal de savoir si le médicament, en déprimant la température, exerce en même temps une action pernicieuse sur le cœur. La courbe sphygmographique ne subit pas en général de modifications appréciables, la kairine étant donnée à la dose d'un à quatre grammes, le pouls diminue de 6 à 18 pulsations par minute ; la pression artérielle a plutôt de la tendance à s'élever qu'à s'abaisser. La respiration n'est pas modifiée. La température normale ne ressent aucune influence ou s'abaisse quelquefois de 2 à 6 dixièmes de degré. Chez tous les sujets qui ont été examinés à l'état sain, la kairine n'a déterminé aucun trouble, n'a pas produit de sueurs comme chez les fébricitants et s'est éliminée rapidement par l'urine qu'elle colore légèrement en vert. En somme, dans aucun cas, l'état du cœur ne contre-indique à l'emploi de la kairine. F. BALZER.

II. — L'auteur a donné à plusieurs malades de la clinique de Graz le chlorhydrate de kairine.

Chez un sujet de 25 ans atteint de péricardite rhumatismale, il a obtenu un abaissement notable de la température.

Dans un cas de fièvre intermittente, le paroxysme a été retardé de quelques heures, mais l'intensité de l'accès a paru augmentée : dans un autre cas, les accès ont été conjurés. Jusqu'ici, le traitement de cette maladie par la quinine semble beaucoup plus certain et beaucoup plus simple.

L'observation de sept pneumoniques traités par la kairine permet à l'auteur de s'associer aux critiques de Seifert contre l'enthousiasme de Filehne. Le médicament dans la pneumonie est fort inconstant ; parfois on peut obtenir un excellent résultat, mais souvent l'effet est passager ou même nul. Quant à la sensation de bien-être qu'on lui attribue, l'auteur ne l'a jamais constatée ; au contraire, les malades ont toujours été incommodés par le frisson, les sueurs, la sensation de brûlure au nez, la céphalalgie.

Chez sept tuberculeux, la kairine n'a eu qu'un effet antipyrétique douteux ; au lieu d'agir favorablement, elle a paru nuisible à cause des sueurs profuses, des frissons prolongés, de la dépression et du collapsus qu'elle détermine.

C'est seulement dans deux cas de fièvre typhoïde que l'auteur a pu se louer du médicament : ici la température s'est abaissée, la maladie a semblé influencée favorablement dans son évolution et les accidents thérapeutiques ont fait défaut.

Pour ce qui concerne l'accoutumance, l'auteur ne souscrit pas à l'opinion de Filehne ; il croit que l'organisme s'habitue facilement à la kairine : on voit, en effet, dans bien des cas, la température s'abaisser sous l'influence des premières doses, mais bientôt la fièvre reprend son intensité primitive malgré l'administration continue du médicament ; ou bien l'on note des oscillations désordonnées.

Mêmes divergences d'opinions à propos du frisson et des sueurs : au lieu d'annoncer, suivant la règle, l'élévation de la température, le frisson peut se manifester chez des sujets dont la fièvre ne s'est pas amendée. L'auteur remarque aussi que les sueurs n'accompagnent pas seulement le défervescence, mais se produisent à tous les moments de la cure en s'exaspérant, il est vrai, quand la température va s'abaisser.

III. — L'auteur expérimente d'abord le chlorhydrate de kairine chez un sujet bien portant qui prend quatre doses de 50 centigrammes sans en éprouver aucun effet. Il faut six doses pour obtenir un abaissement de 1°, 6 avec sudation ; plus tard survient un violent frisson. Le sujet n'accuse qu'un peu d'inappétence avec sensation d'ardeur de la gorge et un peu de diarrhée. L'urine devient verdâtre au bout d'un temps assez long sans diminuer de quantité.

Voici les résultats obtenus chez les fébricitants.

Dans un cas de pneumonie, des doses de 20 centigrammes administrées toutes les heures ou toutes les deux heures font baisser la température de 4°, 3 sans frisson. Dans un second cas, des doses de 30 centigrammes déterminent un abaissement de 3°, 4 avec léger frisson. Le troisième pneumonique prend toutes les heures 50 centigrammes et ne perd que 2°, 8, mais il a un violent frisson, de l'affaiblissement du cœur et du collapsus. Les trois malades ont guéri, après suspension du médicament, la fièvre n'a plus atteint son degré primitif.

Deux érysipèles graves de la face ont évolué, sous l'influence de la kairine, sans phénomènes cérébraux et leur terminaison a paru accélérée par le traitement. Des deux patients, l'un prit seulement 20 centigrammes par heure, l'autre 50 centigrammes; après cinq doses, la température de ce dernier s'abaissa de 40°, 2 à 37°, 7, puis il y eut un frisson et le thermomètre marqua de nouveau 40° ; ensuite on se contenta d'une dose toutes les deux heures et le malade ne perdit qu'un degré.

Dans la phtisie pulmonaire, la fièvre n'a cédé qu'à des doses considérables de kairine. Il a fallu donner deux grammes toutes les heures pour obtenir une défervescence véritable; les doses d'un gramme ne produisaient que la perte d'un degré. Le médicament a exaspéré la toux et les malades ont été menacés à plusieurs reprises de collapsus. Malgré ces inconvénients, l'auteur, comparant la kairine au sulfate de quinine, préfère le nouvel agent qui lui paraît modifier plus avantageusement d'abord la fièvre et ensuite les phénomènes généraux de la maladie.

C'est dans un cas de fièvre typhoïde que l'auteur a vu les meilleurs résultats. Pendant quelques jours, il abaissait la température d'un degré en donnant 20 centigrammes par heure; puis il a gagné deux degrés. Mais cette dose ne devait pas être dépassée, car, avec 30 centigrammes, il a produit de la parésie cardiaque et du collapsus. Jamais de sécheresse de la langue ni de délire, ni d'exagération des symptômes intestinaux. Urine vert foncé ou vert clair. Le malade a pris en tout 36 grammes de kairine.

L. GALLIARD.

**Kairin als Antipyreticum, par Gottlieb MERKEL** (*Deuts. Arch. f. klin. Med., Band XXXIV, Heft* 1, 1883).

La kairine A est un antipyrétique très puissant. Elle abaisse la tempé-

rature dans tous les cas de fièvre ; toutefois l'étendue de l'abaissement de température dépend non seulement de la dose employée, mais aussi de la constitution du malade et de la cause même de la fièvre.

L'abaissement de la température se produit en général sans collapsus et sans action secondaire désagréable ; elle est très bien supportée. Quand cet abaissement de température doit être maintenu, il faut, après les premières doses assez élevées, donner des doses plus faibles. Il faut déterminer la valeur de ces doses par l'examen suivi, l'étude thermométrique de la marche de la fièvre.

La kairine est surtout indiquée dans les cas de fièvre continue dans lesquels le cœur et le poumon ne sont pas particulièrement atteints.

Il ne semble pas que la kairine ait d'action directe sur l'évolution de la maladie. Il faudrait, du reste, un nombre considérable d'observations pour fixer ce point. A. MATHIEU.

**I et II. — Ueber die antifebrile Wirkung des Kairin, par Paul GUTTMANN et par RIESS** (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 31, *p.* 465, *et n°* 42, *p.* 653, 30 *juillet et* 15 *octobre* 1883).

**III. — Kairin, par KNIPPING** (*Idem, n°* 37, *p.* 570, 10 *septembre* 1883).

I. — Guttmann a expérimenté la kairine éthylique, la seule qui se trouve maintenant dans le commerce, sur 42 malades atteints de phtisie, de pneumonie, de rougeole, de fièvre typhoïde, etc. Il la donnait aux adultes, dans du pain à chanter, aux enfants, dans du vin de Hongrie, à la dose de 1/2 à 1 gramme d'heure en heure.

L'action antipyrétique lui a paru tout à fait certaine. C'est en moyenne au bout de trois quarts d'heure qu'elle se montre, quand la dose a été de 1 gramme. Au bout de 2 heures au plus tard, l'effet maximum est atteint; il persiste 1 ou une heure 1/2, puis la température remonte si rapidement que dans le cours d'une heure, elle a repris sa hauteur antérieure. Au moyen de doses horaires, d'un quart ou d'un huitième de gramme suivant l'âge, on peut prolonger 4 heures encore l'effet antipyrétique de la dose première ; après quoi, cela n'est plus possible.

La chute thermométrique est souvent accompagnée de sueurs d'autant plus abondantes, que la rémission est plus grande et plus rapide ; en même temps, le pouls diminue de fréquence.

Guttmann n'a observé aucun effet physiologique désagréable de la kairine, que les enfants supportent aussi bien, à la dose répétée de 1/4 à 1/2 gramme, que les adultes.

Le traitement par la kairine ne modifie ni la symptomatologie ni la durée de la maladie.

A la suite de hautes doses réitérées dans un intervalle restreint, l'urine prend, 12 heures plus tard, la teinte de l'urine phéniquée et la conserve pendant 24 ou 48 heures.

Comparée à celle de la quinine, l'action de la kairine est plus lente et moins durable.

Ainsi que Filehne (*R. S. M.*, XXII, 478), Guttmann est d'avis qu'il ne faut pas chercher à faire descendre la température au-dessous de 38°, parce qu'en se contentant d'une rémission plus modeste, le frisson est beaucoup moins intense.

II. — Riess a expérimenté la kairine chez 3 pneumoniques, 3 typhoïdiques, 1 paludéen et 1 phtisique, sans jamais noter de phénomènes accessoires désagréables.

En donnant d'heure en heure aux pneumoniques et aux typhoïdiques des doses comprises entre 1 gramme et 50 centigrammes, suivant que la température s'élevait au-dessus de 39° ou seulement au-dessus de 38°, la quantité quotidienne de kairine absorbée atteint de 8 à 11 grammes, répartie parfois en une vingtaine de prises. C'est là une médication trop compliquée. Aussi Riess l'a-t-il modifiée, en prescrivant ordinairement la kairine par doses de 2 grammes qui, sans causer plus d'accidents, ont l'avantage de maintenir, pendant 6 heures, l'abaissement de la température, de sorte qu'au moyen de quatre doses semblables, réparties en 24 heures, on peut, à peu près, faire complètement disparaître la fièvre d'un typhoïdique.

Chez le malade atteint de fièvre intermittente tierce, l'administration de 4 doses successives de 1 gramme, de 2 en 2 heures, a seulement un peu abrégé l'accès qui n'en a pas moins conservé son type franc.

III. — Dans le fait suivant, où Knipping a recouru à la kairine en désespoir de cause, il estime que ce médicament a sauvé la vie de sa malade dont l'existence était menacée par une fièvre intense et continue, rebelle à la quinine.

Femme de 19 ans, primipare. Délivrance par le procédé Credé; hémorragie par une petite déchirure vaginale. Apyrexie durant le premier septénaire des couches. Le 8e et 9e jour, frissons, fièvre, fétidité des lochies : trois injections quotidiennes phéniquées. La fièvre cesse jusqu'au 14e jour où la malade, s'étant levée, est prise à la fois de phlegmon du ligament large, de phlegmatia alba des deux jambes, de catarrhe du gros intestin et de bronchite; température, matin 40°, soir 41°; pouls à 120 petit, irrégulier; refroidissement des extrémités. L'administration de 1gr,50 de quinine n'occasionne que des phénomènes physiologiques très désagréables pour la patiente déjà épuisée.

Au 34e jour, l'action du cœur faiblissait et l'on redoutait une issue funeste, lorsque Knipping essaya la kairine à la dose de 50 centigrammes d'heure en heure. Dès la première prise, survinrent des sueurs profuses et un abaissement de la température à 39°; après la cinquième, les sueurs continuent toujours, le thermomètre était descendu à 37°,9 de 41°,4 où il était; cependant le pouls restait encore à 110 et ne tomba que le lendemain à 96.

Pendant une semaine, la kairine fut ainsi continuée jour et nuit, par doses horaires de 25 centigrammes. Ce ne fut qu'alors que la convalescence commença.

La femme avait pris ainsi en sept jours 55 grammes. Dans les deux ou trois premiers jours, l'ingestion du médicament s'accompagna d'une sensation de picotement dans les narines qui s'étendait jusque dans les sinus frontaux et ne durait que quelques minutes.

Pendant ce traitement, l'urine devint vert foncé, ne contenant ni albumine ni cylindres; les fèces avaient la même coloration que l'urine et les sueurs devenaient toujours profuses.

L'effet d'une dose de 50 centigrammes durait une heure. J. B.

**Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chlorhydrate de kairine, par E. GIRAT** (*These de Paris*, 1883).

Cette thèse, faite sous l'inspiration de M. Hallopeau, est le mémoire

le plus complet qui ait été publié sur le nouveau médicament préconisé par Filehne, la kairine.

Au point de vue physiologique, voici ce que l'auteur a pu constater dans ses expériences : chez les animaux, la température est constamment abaissée après l'administration du médicament, le pouls, la respiration diminuèrent de fréquence, mais pas en corrélation avec l'hypothermie constatée ; chez l'homme sain la kairine n'a pas d'action à la dose de 1 gramme à $1^{gr},50$ ; chez le fébricitant, administrée toutes les heures à la dose de 50 centigrammes, elle produit un abaissement constant de la température qui se manifeste vingt-six minutes après la première prise et qui augmente avec la quantité de kairine ingérée. Cette action de la kairine est assez fugace et ne dure que deux heures environ lorsque la dose a été de 50 centigrammes seulement.

La défervescence s'accompagne constamment de sueurs profuses, abondantes, qui cessent lorsque l'abaissement de température a été obtenu; l'ascension de la température se reproduit assez rapidement, lorsque le médicament n'est plus continué et elle s'accompagne toujours d'un frisson assez intense dont la durée va jusqu'à une demi-heure et plus ; si l'on maintient le malade sous l'influence de la kairine, même à faibles doses, ou si on lui administre de petites quantités de sulfate de quinine, on peut éviter l'apparition de ce frisson fréquemment pénible pour le malade. Il faut noter que le pouls et la respiration suivent une marche analogue à celle de la température.

Les urines par lesquelles s'élimine probablement en bonne partie la kairine, présentent une coloration vert noirâtre; la quantité d'urée est toujours diminuée mais on ne voit apparaître ni sucre, ni albumine.

Au point de vue thérapeutique, il faut administrer la kairine à la dose de 3 à 4 grammes par prises de 50 centigrammes toutes les heures ; il est préférable de la donner en poudre dans du pain azyme, car cette substance possède une amertume très prononcée.

La kairine ne produit que rarement des phénomènes d'intolérance ; les vomissements sont rares, mais quelquefois elle détermine un état de cyanose assez accusé.

Médicament antithermique, la kairine pourra donc être utilisée avec avantage dans toutes les maladies où l'élévation de la température constitue un danger, la fièvre typhoïde, le rhumatisme cérébral, la septicémie, la pneumonie, etc., toutefois, l'auteur ne se prononce sur la valeur de ce médicament comparé aux antithermiques connus, le sulfate de quinine, l'acide salicylique, l'alcool, etc., car il ne sait encore si son emploi ne présente pas quelque danger et le nombre de ses observations est trop restreint pour qu'il puisse en déduire des conclusions définitives.

Quant au mode d'action, bien des hypothèses peuvent être mises en avant; l'auteur pense que la kairine, comme l'acide salicylique, agit directement sur les éléments cellulaires, en ralentissant les processus d'oxydation.

W. OETTINGER.

**Sur la question de l'influence de la kairine sur l'organisme fébricitant et sain, par Th. GOLOUBOFF** (*Médizinsk. Obosrénié, mars* 1883).

L'auteur a étudié l'action de la kairine dans *un* (!) cas de pneumonie

croupeuse (dans la clinique du professeur Tcherinoff, à Moscou), et chez deux jeunes gens (étudiants en médecine), en état de parfaite santé. Il trouve que la kairine, même à des doses inférieures à 1 gramme, produit des douleurs assez fortes dans le creux de l'estomac et dans tout le ventre, et abaisse très considérablement la température chez les malades fébricitants, après quoi la température s'élève de nouveau et quelquefois monte plus haut qu'elle ne l'était avant l'administration du médicament ; que chez les sujets non fébricitants, la kairine à la dose de 14 grains (environ 75 centigrammes) n'a pas d'influence sur la température ; que la kairine irrite « à ce qu'il paraît » les reins, car, après son administration, l'auteur a observé dans un cas l'augmentation de la diurèse ; dans un autre, une plus grande quantité de mucus et de cellules épithéliales dans l'urine, et, dans le troisième cas, l'apparition de cylindres épithéliaux ; qu'enfin la kairine n'a aucun effet sur le processus pneumonique (il s'agit de l'unique cas de l'auteur) qui évolua comme d'habitude.

W. HOLSTEIN.

**De la kairine et de la kairoline, par AGUILAR y LARA** (*Rivista di med. y cirujia practica, 7 juillet* 1883).

L'auteur a employé la kairine chez quatre malades, deux atteints de pneumonie, un de fièvre intermittente à type quotidien, un de fièvre catarrhale aiguë. Dans le premier cas, pneumonie *a frigore*, la température était à 39°,5 ; on administra 50 centigrammes de kairine dans un cachet. Au bout de 25 minutes, sueurs abondantes ; une heure après, la température n'était plus qu'à 38°,4. Le médicament fut continué à la même dose toutes les heures et demie. Le lendemain, température à 37°,5 et amélioration progressive.

Chez une femme, atteinte de pneumonie au second degré avec délire, température 39°,9, la température tomba du matin au soir à 38,6 et le délire disparut. On avait donné un gramme de kairine toutes les trois heures. Le lendemain, la température était remontée à 39°,5 avec délire ; on donna alors la kairoline à la dose de 2 grammes. A partir de ce moment, l'amélioration fut continue et la malade était guérie le 8e jour.

A. CARTAZ.

**Ueber die physiologische uud therapeutische Wirkung der Adonis-vernalis-Pflanze (Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'adonis vernalis), par N.-A. BUBNOFF** (*Deuts. Arch. f. klin. Med., Band XXXIII, Heft* 3 *u.* 4, *p.* 262, 1883).

Voici les conclusions de la partie clinique de ce travail :

1° Le choc cardiaque est notablement plus fort après l'emploi de l'adonis vernalis ;

2° Les dimensions du cœur diminuent ;

3° Les bruits et les souffles cardiaques, en particulier, les souffles systoliques et présystoliques dans la sténose de l'aorte deviennent plus nets ;

4° Le rythme cardiaque est régularisé et ralenti le plus souvent; quelquefois, en effet, la fréquence des battements n'était pas modifiée ;

5° Le plus souvent aussi, le pouls se trouve ralenti ; l'ondée sanguine est plus forte et plus pleine ;

6° La quantité quotidienne des urines augmente notablement, souvent en 24 heures de 300-400 centimètres cubes à 2000-3000. Cette urine est moins colorée, le dépôt disparaît, son poids spécifique s'abaisse ; la quantité absolue des chlorures et de l'urée diminue. L'albumine et les cylindres urinaires disparaissent lorsqu'il n'existe pas de lésion des reins ;

7° En même temps que la quantité des urines augmente, le poids du corps diminue ;

8° L'œdème diminue et même disparaît complètement ;

9° En même temps les autres manifestations morbides s'atténuent. Les dimensions du foie diminuent ; la cyanose disparaît, la dyspnée s'atténue, les mouvements respiratoires sont plus profonds et plus rares ; la stase pulmonaire diminue dans une forte proportion ;

10° Enfin, dès le premier jour, les malades se trouvent très soulagés par l'emploi de l'adonis vernalis. Ils se plaignent moins d'étouffement et de palpitations. Le sommeil reparaît, la toux diminue.

Voici maintenant les conclusions d'ordre physiologique :

1° La partie active de l'adonis vernalis excite l'extrémité centrale des nerfs d'arrêt du cœur ;

2° Plus tard, elle paralyse les extrémités périphériques du pneumogastrique ;

3° Elle excite également le système accélérateur du cœur, soit directement (par la pression sanguine), soit indirectement ;

4° L'action des deux systèmes nerveux du cœur se fait sentir alternativement jusqu'au moment où la paralysie du pneumogastrique devient complète ;

5° A la dernière période de l'empoisonnement, il se fait sans doute de la paralysie de l'appareil nerveux moteur du cœur ;

6° Au moment où survient la mort de l'animal, il y a inexcitabilité complète des muscles cardiaques ou tout au moins diminution très grande de son excitabilité.

En résumé, l'adonis vernalis est un poison du cœur dont les propriétés sont semblables à celles de la digitale ; ses indications thérapeutiques sont aussi très analogues. A. MATHIEU.

**Des effets toxiques du Senecio canicida ou Yerba del Perro, par Raoul GUILLOUET** (*Thèse de Paris*, 1883).

Le principe actif de cette plante peu connue et qui n'a pas encore été isolé, se trouve en grande partie dans la racine, en minime quantité dans les feuilles. On détermine, à la dose de quelques centigrammes d'extrait aqueux, des convulsions, chez tous les animaux, mais en particulier chez le chien, convulsions assez analogues aux convulsions dues à l'empoisonnement par la strychnine, elles sont, toutefois, moins violentes et plutôt épileptiformes que tétaniques. Il faut noter encore, paraît-il, une action du senecio canicida sur les muscles lisses, en particulier sur les muscles oculo-pupillaires. L'excitabilité réflexe, contrairement à ce

qu'on voit avec la strychnine, est notablement diminuée ; comme dans l'empoisonnement par le curare, alors que tous les muscles de l'économie ont perdu leurs fonctions, le cœur seul se contracte encore. En résumé, le senecio canicida est un poison dont les propriétés physiologiques sont peu connues et qui n'est pas encore classé. W. OETTINGER.

**Ricerche sperimentali intorno all' azione ipnotica e sedativa della paraldeide nelle malattie mentali (Action hypnotique et sédative de la paraldéhyde dans les maladies mentales), par MORSELLI** (*Gazzetta degli ospitali, janvier* 1883).

L'action hypnotique de la paraldéhyde est analogue à celle de l'hydrate de chloral, avec cet avantage qu'elle produit l'hypnotisme sans modifier la circulation ni la respiration. Elle n'offre pas les mêmes dangers dans son emploi chez les aliénés. L'auteur l'a essayée dans toutes les formes d'aliénation, dans la paralysie générale, l'épilepsie, l'hystérie et dans d'autres maladies, la bronchite, la pneumonie caséeuse, les affections du cœur, et a presque toujours obtenu un sommeil tranquille, profond, et sans aucun désordre circulatoire ou cérébral. 3 grammes de paraldéhyde sont suffisants pour obtenir un sommeil de 4 à 7 heures non interrompu. L'auteur n'hésite pas à comparer l'influence de la paraldéhyde à celle du chloral et de la morphine dans les maladies mentales, et à lui donner la préférence dans certains cas, notamment dans la mélancolie avec agitation. Elle a paru utile et sans danger dans quelques cas de paralysie générale.

Dans les maladies de poitrine, elle a non seulement procuré le sommeil, mais combattu la dyspepsie et la toux. Elle a été également employée chez des athéromateux, chez des cardiaques, sans aucun danger, ainsi que le prouvent les tracés sphygmographiques recueillis par l'auteur.

F. BALZER.

**I. — Essai sur les alcaloïdes des varaires, par URPAR** (*Thèse de Montpellier, n° 25,* 1883).

**II. — Recherches sur l'action physiologique et l'action toxique de la vératrine et des alcaloïdes qui l'accompagnent, par LE MÊME** (*Montpellier médical, septembre* 1883).

I. — Sous le nom de varaires, l'auteur comprend un groupe de plantes appartenant à la famille des Colchicacées; il en admet six: *Veratrum album*, *V. nigrum*, *V. Lobelianum*, *V. viride*, *V. sabadilla*, *V. officinale*. Son travail se divise en trois parties : La 1re est consacrée à l'étude chimique des alcaloïdes des varaires, dans laquelle Urpar insiste sur quelques réactions qui lui ont semblé importantes et propres à éclairer la question si obscure de leur différenciation et de leur séparation. La 2e partie est réservée à la toxicologie ; la 3e à l'étude de l'action physiologique de ces alcaloïdes.

Les conclusions proposées par l'auteur sont les suivantes:

1° La toxicité de la vératrine étant représentée par 100, celle de la sabadilline peut être représentée par 8, celle de la sabatrine par 6, celle de la jervine par 5.

2° Le traitement de l'empoisonnement par les varaires ou leurs produits comprend trois indications.

*A*. Empêcher l'absorption du poison dans l'estomac par l'ingestion d'ammoniaque ou de carbonates alcalins.

*B*. Empêcher l'arrêt du cœur (alcool, injections d'éther, cautérisation) et l'asphyxie (respiration artificielle, inhalations d'oxygène).

*C*. Favoriser l'élimination en augmentant la diurèse.

3° L'action de la vératrine sur le système nerveux n'est que secondaire, si toutefois elle existe.

4° Son action sur le cœur est caractérisée par une accélération très courte suivie d'un ralentissement énorme à doses toxiques. Une seconde altération arrive juste avant la mort chez les mammifères, lorsque l'empoisonement se termine par asphyxie.

Quant aux muscles, bien qu'on ait voulu tout expliquer par une paralysie ou une parésie, il existe une phase très nette de modifications dans la contractilité ou plutôt dans la décontractilité une phase de contractures instantanées ou mieux des contractures descendantes.

La respiration se ralentit, les sécrétions augmentent et la pupille tantôt se dilate, et tantôt se contracte; la température baisse constamment.

5° Enfin, même en tenant compte des doses, on peut dire que l'action de la sabadilline sur le cœur et les muscles est relativement beaucoup plus forte que celle de la sabatrine et de la jervine. Elle n'est pas douze fois plus faible que celle de la vératrine comme l'indiqueraient les doses toxiques. La jervine agit davantage sur le cœur que sur les muscles. La sabatrine agit peu et sur le cœur et sur les muscles.

II. — Ce mémoire publié après celui dont nous venons de donner le résumé et les conclusions n'est que la reproduction de la dissertation inaugurale de l'auteur. A. M.

**Nouvelles recherches expérimentales sur l'action physiologique de la vératrine, par G. PÉCHOLIER et REDIER** (*Montpellier médical*, 1883).

Quoique les varaires aient été employés de toute antiquité (Hellébrisme), et malgré les importants travaux faits dans notre siècle par Magendie, Audral, Turnbull, Faivre, Leblanc et Prévost, etc., l'action de la vératrine est bien loin d'être encore nettement déterminée ; elle a même donné lieu aux opinions les plus contradictoires émanant des expérimentateurs les plus respectables. C'est pour chercher à fixer la science sur cette question que Pécholier et Redier ont entrepris sur les grenouilles, les lapins et les chiens, diverses expériences dont les résultats sont résumés par les conclusions suivantes :

1° Action locale. — Effet topique irritant sur la peau et les muqueuses, qui augmente encore sur le derme dénudé.

2° Action sur le tube digestif. — Vomissements abondants et selles copieuses. La vératrine est donc un éméto-cathartique puissant.

3° Action sur les sécrétions. — Hypersécrétion du mucus nasal, sialorrhée, diurèse ordinaire, rarement diaphorèse.

4° Action sur la circulation.— *a*.) Accélération primitive due en grande partie aux efforts de vomissements.

*b.*) Ralentissement secondaire pouvant même arriver au collapsus, Arrêt des cœurs lymphatiques avant celui du cœur sanguin (grenouilles). Arrêt de celui-ci en diastole. Altération du sang.

5° Action sur la respiration :

*a*) Accélération primitive.

*b.*) Ralentissement secondaire.

Difficulté et gêne de la respiration.

6° Action sur la température. — Abaissement nettement précisé par le thermomètre.

7° Action sur le système musculaire. — *a.*) Excitation primitive plus ou moins courte suivant l'intensité de la dose. Contractures apparentes.

*b.*) Affaiblissement et paralysie ultérieure, opposition formelle, malgré l'opinion de beaucoup d'auteurs, avec l'action de la strychnine.

*c.*) Parésie complète et collapsus.

8° Action sur le système nerveux. — *a.*) Motricité nerveuse, non influencée ; c'est le contact du sang vératrinisé sur la fibre musculaire et non l'action du nerf moteur impressionné par la vératrine qui détermine l'excitation primitive du muscle. Cette substance, malgré le dire de Kolliker n'agit pas directement sur la moelle.

*b.*) Sensibilité. — A l'action irritante topique déjà signalée, succèdent bientôt l'anesthésie et l'analgésie.

*c.*) Fonctions intellectuelles. — Intelligence conservée. A. MOSSÉ.

**Ueber die physiologischen Wirkungen einiger Metallgifte (Effets physiologiques du manganèse, du molybdène, du tungstène ; puissance toxique de quelques sels de bismuth), par LUCHSINGER, MARTI et MORY** (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 17, p. 422, 1er septembre* 1883).

Le *manganèse*, le *molybdène* et le *tungstène* expérimentés sur des animaux par Luchsinger et Marti leur ont donné des résultats complètement semblables. Chez les grenouilles, le seul effet de ces métaux est une paralysie universelle ; le système nerveux central est d'abord atteint, puis le cœur, enfin les muscles.

Chez les animaux à sang chaud, on observe en plus une violente inflammation de tout l'appareil digestif, même dans les cas où le poison a été introduit par la voie sous-cutanée. Les animaux ont une diarrhée profuse, souvent sanglante ; les chats et les chiens vomissent constamment dès le début des accidents et, dans les matières vomies, on retrouve le manganèse ou le tungstène. La mort a le plus souvent lieu au milieu de convulsions asphyxiques et d'un abaissement considérable de la température. A l'autopsie, on trouve une hyperémie considérable du tube intestinal.

— Luchsinger et Mory ont fait également des expériences avec quelques sels de bismuth solubles, tels que le citrate de bismuth sodique et le citrate de bismuth ammonique ; à la dose de 2 décigrammes, ils tuent déjà de gros lapins.

Chez la grenouille, les effets sont très analogues à ceux des sels de potasse.

Les animaux à sang chaud, auxquels on a administré en une seule fois une forte dose du toxique, succombent à la paralysie du cœur.

Dans l'empoisonnement subaigu, on note aussi de l'inflammation

tube digestif, la pression sanguine s'abaisse et l'animal succombe avant que le cœur ait entièrement cessé de battre.

L'abaissement de la température est également un phénomène constant de l'empoisonnement par ces sels bismuthiques. J. B.

**Notes de pharmacologie expérimentale, par PETRONE** (*Ann. un. di med. e chir., juin* 1883).

L'auteur a étudié successivement l'action des sels de sodium, de potassium et d'ammoniaque sur la fibre musculaire lisse de l'intestin, en mettant ces sels directement en contact avec le point du tube intestinal sur lequel il voulait expérimenter. Il a reconnu, en résumé, sur les lapins, chats, etc., que ces composés ont une action directe sur la fibre musculaire qu'ils font contracter en anneau. En outre, ils exercent une action à distance par l'intermédiaire du plexus ganglionnaire mésentérique, sur lequel ils agissent beaucoup plus que sur les nerfs splanchniques.

Il étudie de la même manière l'action de la morphine sur l'intestin. Il constate que les petites doses stimulent les nerfs modérateurs des intestins (splanchniques), tandis que, au contraire, les fortes doses le paralysent.

L'alun produit une contraction limitée, lente, circulaire, sans mouvement ascendant ni descendant.

Le sulfate de magnésie et le chlorure de magnésie ne produisent aucune contraction au lieu d'application.

Les sulfates de cuivre et d'argent ont une action prolongée (5 minutes) et manifeste. Il en est de même par l'acétate de plomb.

La rotoïne a paru sans action, ainsi que l'urée et le sucre.

Dans une autre série de recherches, Petrone étudie l'action de la quinine sur la sensibilité et il reconnaît qu'elle a une action anesthésiante sur les centres et sur les fibres nerveux périphériques; cette action est déterminée par des doses élevées, en injection sous la peau ou directement dans le courant sanguin. Les divers ordres de sensibilité cutanée disparaissent sans ordre fixe l'un par rapport à l'autre. La température élevée rend plus sensible chez les animaux l'action anesthésiante de la quinine. F. BALZER.

**I. — On the production and excretion of uric acid, par Alleyne COOK** (*British med. journal, février-mai* 1883).

**II. — Influence of benzoates of alkalies on the excretion of uric acid, par Alleyne COOK** (*Brit. med. journ., p.* 9, *juillet* 1883).

I. — L'auteur s'est astreint pendant plusieurs mois à un régime uniforme, pour étudier les variations de l'acide urique. Il admet que normalement il excrétait en 24 heures $26_{gr},60$ d'urée et $0^{gr},70$ d'acide urique.

Il constata que les tomates augmentent notablement la quantité excrétée; elle s'éleva jusqu'à $1^{gr},15$ et même $1^{gr},21$. Or, les tomates contiennent deux acides, l'oxalique et le malique. L'auteur a mangé des pommes en grande quantité sans modifier l'excrétion de l'acide urique ;

il prit un jour 0gr,38 d'acide oxalique et constata une augmentation d'acide urique, 1gr,17 en 24 heures.

Chez les personnes sujettes à la goutte, les tomates de même que la rhubarbe qui contient aussi de l'acide oxalique amènent du malaise, un trouble dans les urines, leur suppression peut amener la disparition des douleurs articulaires. Puisque l'ingestion de ces aliments amène une augmentation dans la quantité d'acide urique éliminée, cet accroissement dépend de l'une des deux causes suivantes : 1° ou une excrétion exagérée de la quantité contenue dans le sang, ou une formation anormale aux dépens du sang ou des tissus, le sang restant après l'élimination dans les conditions de saturation normale admises par Garrod.

L'auteur admet que la production de l'acide urique est augmentée dans le corps dans certaines conditions, et que soit l'accroissement de sa production, soit la diminution de son élimination peuvent déterminer des symptômes de goutte.

Une séance de 2 heures dans une petite pièce éclairée au gaz et une douzaine de personnes amena un violent mal de tête avec accroissement de l'acide urique pendant 2 jours 1gr,44 et 1gr,55.

14 grammes d'extrait de Liebig dissous dans 340 grammes d'eau amenèrent une augmentation d'acide urique, 1gr,80, avec malaise et violente céphalalgie.

Des recherches pratiques sur l'action de l'éther nitreux ont donné des résultats contradictoires. H.-L.

II. — On sait que d'après Garrod, les benzoates alcalins sont recommandés dans la goutte parce qu'ils auraient la propriété de transformer l'acide urique en hyppurates solubles, et par suite de restreindre sa production. Alleyne Cook vient de répéter ces expériences. En se soumettant à un régime parfaitement régulier, il constate que chaque jour, il rend de 25 à 35 onces d'urine dont le poids spécifique est de 1025 à 1030 et qui renferment 12 à 13 grains (60 à 65 centigrammes d'acide urique). Cela fait, il absorbe pendant trois jours de suite 3 grammes de benzoate de soude, et constate les résultats suivants :

1er *jour*. 40 onces d'urine, poids spécifique 1023, acide urique 0gr,62.

2e *jour*. 48 onces d'urine, poids spécifique, 1020, acide urique 0gr,68.

3e *jour*. 40 onces d'urine poids spécifique, 1026, acide urique 0gr,70.

On supprime le benzoate de soude. Voici ce que l'on trouve.

4e *jour*. 32 onces d'urine, poids spécifique 1025, acide urique 0gr,66.

Il n'y a donc pas une modification sensible dans l'acide urique éliminé : le seul résultat appréciable est une diurèse incontestable. L'acide benzoïque ne détruit donc pas l'acide urique, comme le croyait Garrod : seulement il empêche sa précipitation, ce qui le rend précieux chez les goutteux. H. R.

**Action de l'eau oxygénée sur l'organisme animal, par G. COLASANTI et S. CAPRANICA** (*Archives italiennes de biologie, t. II, fasc.* 1, *p.* 105, 1882).

Les résullats obtenus par les auteurs les ont amenés à tirer de leurs recherches les conclusions suivantes :

1° L'eau oxygénée qu'on fait absorber aux chiens par la méthode

de Henler se comporte comme un poison, en tuant rapidement les animaux;

2° Les doses toxiques varient suivant la grandeur de l'animal. Pour un chien de petite taille, du poids de 3 kilogrammes, 25 centimètres cubes ont été insuffisants. Pour un chien pesant 6 kilogrammes, 75 centimètres cubes ont été nécessaires;

3° L'intoxication se manifeste sur presque toutes les fonctions de l'économie, et en particulier sur la moelle épinière. Le pouvoir excito-moteur de ce centre nerveux est surexcité, et les manifestations de cette surexcitation se traduisent par des phénomènes convulsifs plus ou moins graves;

4° Les phénomènes physico-chimiques de la nutrition des tissus sont aussi profondément modifiés, car il se produit une forte glycosurie qui précède la mort des animaux;

5° Les désordres de fonctionnement sont dus à la décomposition de l'eau oxygénée au contact des tissus vivants;

6° Les phénomènes consécutifs à l'intoxication par l'eau oxygénée, sont identiques à ceux observés par M. P. Bert, à la suite de l'action de l'oxygène comprimé;

7° L'eau oxygénée employée dans les expériences, avait pour titre 4 $H^2O^2$. C. GIRAUDEAU.

**Giftigkeit des menschlichen Harns (Propriétés toxiques de l'urine humaine), par BOCCI** (*Centralblatt für die med. Wiss., n° 51, 1882*).

L'urine humaine possède des propriétés toxiques qui varient dans une mesure très appréciable, suivant l'heure à laquelle cette urine a été recueillie; l'urine éliminée après les repas jouit d'un pouvoir toxique plus considérable; celle des hommes jeunes, vigoureux, a des propriétés plus actives que celle des vieillards ou des femmes. Elle agit d'une façon à peu près analogue au curare, c'est-à-dire qu'elle diminue rapidement l'excitabilité des nerfs moteurs, puis les paralyse définitivement, tandis que les propriétés contractiles de la substance musculaire restent absolument intactes; les nerfs sensibles, les terminaisons nerveuses, les centres réflexes ne sont atteints que d'une façon tout à fait secondaire, lorsque la mort est proche. Toutes les expériences de l'auteur ont été faites sur des grenouilles; sur les rats, les cobayes et les lapins, l'action toxique de l'urine est beaucoup moins accusée; elle ne produit guère qu'une dépression générale, sans paralysie. W. ŒTTINGER.

**Beitrag zur Kenntniss der Bleivergiftung (Contribution à l'étude de l'intoxication saturnine), par H. v. WYSS** (*Arch. . path. Anat. u. Physiol., Band XCII, Heft* 2, . 193).

L'auteur rend compte d'expériences peu nombreuses et assez rudimentaires qu'il a faites sur l'intoxication saturnine. Il a donné à un chien de 2 à 60 centigrammes d'acétate de plomb; à doses croissantes, pendant dix mois, sans constater de manifestation morbide, attribuable au plomb, et surtout sans trouver trace de paralysie musculaire. A l'au-

topsie, il n'a rencontré que des traces de plomb dans le cerveau, le foie, les reins, les os et les urines. Dans la substance musculaire, il y avait 0 gr. 0,15 de plomb pour 55 grammes de muscle. Les fecès en renfermaient une quantité relativement considérable.

Dans une autre série d'expériences, il a injecté à des grenouilles une solution à 1 0/0 d'acétate éthylique de plomb (0,006 à 0,01 de sel). Après une légère agitation de l'animal, on observait de l'affaiblissement, de la disparition des réflexes, puis une immobilité complète et l'arrêt du cœur.

Les résultats de ces expériences sont donc à peu près négatifs. Il n'en résulte pas que le plomb ainsi administré présente une affinité particulière pour certains tissus. On a du reste rien constaté chez le chien qui rappelle l'intoxication saturnine de l'homme.

Chez les grenouilles, la paralysie se produisait tout aussi bien dans les membres inférieurs après qu'on avait fait la ligature de l'artère iliaque externe, ce qui semble indiquer que le sel de plomb portait surtout son action sur les centres nerveux. A. M.

**Empoisonnement par une infusion de 45 grammes de feuilles de digitale, par Ant. MARTIN** (*Union médicale*, 18 *septembre* 1883).

C., âgé de 40 ans, sujet à un catarrhe bronchique, fait infuser par erreur un litre d'eau bouillante plus de 40 grammes de feuilles de digitale, et avale en trois fois cette tisane. Une demi-heure après, il est pris de malaise, d'angoisse, de sueurs froides et de vomissements verdâtres. 24 heures environ après l'ingestion de la digitale on le trouve en proie à un léger délire, vomissant toujours; soif et coliques abdominales, pas de céphalalgie, pupilles normales, les extrémités sont un peu froides, bruits du cœur lents, violents, éclatants; on ne compte que 25 pulsations fortes régulières; 20 inspirations, 36°,2. De plus le malade éprouve une dysurie très douloureuse. On lui prescrit, 1gr,50 d'ipéca, du café noir, des grogs chauds, des sinapismes.

Le 7 avril au soir, 26 pulsations, 22 inspirations, 36° T. ax. Le malade a eu 12 vomissements bilieux et 4 selles; la soif et les coliques persistent; anxiété précordiale, hallucinations, et troubles visuels. Injection d'une seringue d'éther sulfurique.

Le 8 avril. Pas de vomissements; dysurie; hallucinations de la vue et scotome étincelant. Pouls le matin à 29, le soir à 35. — Le 9. Insomnie, céphalalgie, hallucinations visuelles et auditives; 40 pulsations; les battements du cœur sont violents; le deuxième bruit est dédoublé.

Le 10 avril. Après une purgation, selles répétées; pas de dysurie; céphalalgie intolérable; anorexie; le soir 38 pulsations.

Le 11 avril. Insomnie. Aphasie passagère, puis délire violent la nuit avec cauchemars; scotome étincelant, 38 pulsations, soif vive, retour de la dysurie; les inspirations sont lentes, suspirieuses, faiblesse extrême.

Le 12 avril. Une purgation amène la suppression des coliques; soif vive, anorexie; 38 pulsations, retour de l'aphasie et du délire à la même heure. Sulfate de quinine, 0gr.50.

Le 13 avril. Aphasie moins longue, céphalalgie atténuée; moins de cauchemars; 40 pulsations; le malade est moins faible.

Le 14 avril. Encore un peu d'aphasie; pas de soif, peu d'appétit; 36 pulsations, 24 respirations.

Le 15 avril. L'aphasie a cessé, le sommeil est bon; troubles de la vision intenses, faiblesse très prononcée.

Le 19 avril. Amélioration très notable qui se confirme; mais les troubles

de la vision persistent, caractérisés par une diminution de la puissance visuelle de près ou de loin; une modification dans la notion des couleurs ; le malade voit vert, un vacillement des petits objets, une certaine déformation des objets, et surtout leur inclinaison à gauche. H. L.

**Intoxication double par le laudanum de Sydenham et l'atropine. Rapport médico-légal par P. BROUARDEL et BOUTMY** (*Annales d'hyg. publ. et de médecine légale,* 3e *série, V,* 174, *février* 1881).

Chez un homme de 58 ans, atteint de bronchopneumonie depuis une huitaine, on administra, par une erreur de pharmacien, un lavement contenant 8 grammes de laudanum. Le malade tombe dans le coma avec rétrécissement des pupilles, respiration lente, pouls filiforme et contracture de la nuque. A titre d'antidote, à côté du café, on pratique deux injections sous-cutanées de sulfate d'atropine, contenant en tout 2 centigrammes 1/2 d'alcaloïde. L'homme succombe dans la journée.

L'autopsie révèle l'existenee d'une pneumonie lobulaire suppurée.

Les experts procédèrent à l'analyse chimique des viscères par la méthode de Stas.

Dans les conditions ordinaires, il suffit de ramener à l'état de sel le résidu franchement alcalin abandonné par l'éther, pour déterminer la nature des alcaloïdes qu'il contient. Mais, dans le cas particulier, les matières colorantes du laudanum et du café brunissaient le résidu alcalin, de façon à rendre méconnaissable l'action des réactifs spécifiques des divers alcaloïdes.

Il fallait donc se débarrasser de ces colorations étrangères. La science n'en indiquant pas le moyen, Boutmy dut se livrer à une série de tâtonnements avant d'atteindre le but.

Il dut successivement rejeter l'emploi des agents décolorants énergiques, à cause de l'altérabilité des alcaloïdes organiques, des essences et des hydrocarbures, parce qu'ils ne dissolvaient pas la matière colorante du safran, du charbon animal qui retenait la majeure partie des alcaloïdes en même temps que les matières colorantes, enfin des matières textiles qui ne donnèrent aucun résultat.

Finalement, il recourut à des épuisements successifs dont on trouvera l'exposé dans l'original.

Des réactifs appropriés ayant décelé la présence de la morphine et de l'atropine, Brouardel institua des expériences physiologiques sur les grenouilles qui l'amenèrent aux conclusions suivantes :

Les doses administrées au malade sont restées sans exception dans l'organisme. Les symptômes observés chez lui ont été ceux déterminés par la morphine. Cependant la dose d'atropine était capable de dominer les effets de la morphine, puisqu'il en a été ainsi chez des animaux intoxiqués avec les poisons retirés du cadavre.

Le malade était atteint d'une pneumonie suppurée, affection toujours mortelle. L'état anatomopathologique du poumon permet d'affirmer que la vie ne pouvait continuer plus de 24 ou 48 heures. En admettant que les poisons administrés aient une part dans la rapidité de la terminaison fatale de la maladie, ils n'auraient hâté la mort que de quelques heures.

La dose de 1 gramme d'opium contenu dans le lavement est très supérieure à celle que peut impunément absorber un adulte non habitué à l'usage des préparations opiacées. Mais le plus souvent chez un homme bien portant il survient alors des vomissements ou des évacuations alvines qui réduisent la portion du toxique absorbée. Au contraire le malade en question, débilité par une maladie mortelle, n'a eu ni vomissements ni garde-robes, et garda pendant plus de deux heures le lavement, ce qui a aggravé l'action du poison

Le choix de l'atropine comme contrepoison a été conseillé par Bell, Béhier et Lee. Bien qu'avec Tardieu, Camus, Denis, les experts n'acceptent pas sans réserve cette opinion, le médecin ne saurait être blâmé d'avoir adopté une hypothèse dont la valeur n'est pas encore absolument démontrée vraie ou fausse. Mais la dose de 2 centigrammes 1/2 d'atropine était deux ou trois fois trop considérable et créait par elle-même un danger grave. J. B.

**Die Ergotismusepidemie in Oberhessen seit Herbst 1879 (L'épidémie d'ergotisme dans la Hesse supérieure depuis 1879), par H. MENCHE** (*Deuts. Arch. f. klin. Med., Band XXXIII, Heft* 3 *u.* 4, *p.* 246, 1883).

Cette épidémie hessoise a été étudiée au point de vue de ses manifestations psychiatriques par Fritz Siemens et Franz Tuczek dans *Arch. f. Psychiatr.*, Bd. XI, p. 108, et 366. L'auteur, dans le présent travail, veut en donner une description générale, basée sur l'observation de 17 cas.

Les premiers cas se sont montrés au bout de peu de jours chez les enfants, les femmes en couche, les individus affaiblis. Au contraire, les individus vigoureux ont pu résister à l'ergotisme pendant plusieurs semaines.

L'abattement, la céphalalgie, le vertige marquaient le début des phénomènes, puis survenaient des vomissements, de la diarrhée. La température, chez les femmes, était de 38°,6 dans le rectum, sans accélération du pouls.

Les fourmillements se montraient bientôt aux mains et aux pieds ; puis survenaient des spasmes, de la contracture des doigts et des orteils, puis des avant-bras et des jambes, assez semblable à celle que l'on observe dans la tétanie, quelquefois unilatérale, quelquefois bilatérale. Cette contracture, très douloureuse, pouvait durer de quelques minutes à plusieurs jours.

La durée était très variable, avec des intermissions quelquefois très étendues.

Rarement des convulsions cloniques s'ajoutaient à cette contracture. Elles se présentaient surtout alors sous la forme de mouvements coordonnés : mouvements des doigts, comme pour toucher du piano, battre le tambour.

Dans les cas abortifs, tout pouvait se borner aux contractures, en 15 jours ou 3 semaines, mais la convalescence était longue et les récidives faciles.

Quelques malades même n'avaient pour toute manifestation que de simples fourmillements dans les doigts, mais dans ces cas légers la récidive était extrêmement facile.

Dans le plus grand nombre de cas, la maladie ayant déjà duré tout l'hiver, il se montrait au printemps des attaques épileptiformes. Parfois ces attaques, il est vrai, pouvaient se montrer huit jours après le début des accidents.

Venaient alors les troubles psychiques décrits par Siemens et Tuczek.

Dans tous les cas observés par Menche, la démarche était modifiée : elle devenait traînante. Les malades conservaient mal leur équilibre, surtout quand on les faisait tourner sur eux-mêmes. Il leur semblait

marcher sur de la pâte. Ils avaient la démarche d'hommes ivres. Un malade ne pouvait que se traîner sur les genoux. La sensibilité était intacte, les réflexes plantaires normaux, le réflexe rotulien aboli. Chez ce malade, observé au printemps de 1880, les accidents avaient débuté pendant l'automne de 1879.

Dans 46 cas, Menche a observé 45 fois cette absence de réflexe tendineux, la sensibilité cutanée et les autres réflexes étant intacts. La sensibilité était normale ; quelquefois seulement il y avait un peu d'analgésie des orteils, quand il y avait tendance à l'apparition de troubles trophiques à leur niveau : chute des ongles, ulcérations, etc.

La sudation était habituellement exagérée dans le stade spasmodique ; souvent il y avait de la miliaire et des furoncles. L'auteur a observé plusieurs fois de l'urticaire.

La menstruation était suspendue dès le commencement de la maladie dans les cas graves ; cette aménorrhée a déjà été signalée en France par Barrier dans l'ergotisme gangréneux.

Les tentatives faites pour reproduire les accidents de l'ergotisme sur des lapins ont été absolument infructueuses. A. MATHIEU.

---

# THÉRAPEUTIQUE.

I. — **Étude générale sur le traitement de la fièvre typhoïde, par BOITEUX** (*Thèse de Paris*, 1883).

II. — **On the antipyretic treatment of typhoïd fever (Traitement antipyrétique de la fièvre typhoïde par les bains, les lotions et le drap mouillé) ; leçon clinique, par Austin FLINT** (*The medical News, New-York*, n° 1, 1882).

III. — **Contribution à l'étude des indications de la médication antipyrétique dans le traitement de la fièvre typhoïde, par G.-J. ROUSSEAU** (*Thèse de Paris*, 1883).

IV. — **Traitement de la fièvre typhoïde à Lyon en 1883 (Traitement par les bains froids), par Fr. GLÉNARD** (*Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 1883).

V. — **De l'interprétation des statistiques militaires sur la mortalité de la fièvre typhoïde, par LE MÊME** (*Lyon méd.*, 1883).

VI. — **La fièvre typhoïde et les bains froids à Lyon, par E. CHAPUIS** (*Thèse de Paris*, 1883).

VII. — **Contribution à l'étude de la réfrigération du corps humain dans les maladies hyperthermiques et en particulier dans la fièvre typhoïde, par DUMONTPALLIER** (*Union méd.*, n°s 88 *et* 89, 1883).

VIII. — **Contribution à l'étude de l'action de la réfrigération méthodique sur les congestions viscérales, par LE MÊME** (*Union méd.*, n° 111, 1883).

IX. — **Ueber die Behandlung des Unterleibstyphus mit lauwarmen Bädern (Trai-**

**tement de la fièvre typhoïde par les bains tièdes), par UNVERRICHT** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 33, 1882).

**X. — Zur hydriatischen Behandlung des Abdominaltyphus, par GLAESER** (*Berl. klin. Woch.*, 2 *avril* 1883).

**XI. — Die Behandlung des Abdominaltyphus, par STRUEMPELL** (*Ibib.*, 7 *mai* 1883).

I. — Le travail de Boiteux est une étude critique fort bien faite des médications diverses qui ont été proposées contre la fièvre typhoïde. L'auteur discute les indications et contre-indications de chacune d'elles, et cherchant enfin, dans la connaissance des symptômes et de l'évolution de la maladie, et dans la notion des actions thérapeutiques, les règles les plus générales du traitement, il conclut qu'il faut, le plus tôt possible, lutter contre les éléments morbides qui font le danger de la fièvre, sans attendre l'apparition des symptômes graves, mais qu'il faut aussi proportionner l'intensité de la médication à l'importance que prennent, dans chaque cas particulier, les éléments constants de la maladie.

C'est donc, dit-il, un traitement systématique qu'il faut instituer, et l'on doit proposer :

1° De neutraliser le poison et de favoriser son élimination ;

2° Combattre l'adynamie par un régime tonique et une médication tonique systématiquement institués, avec des doses et des moyens variés, toutefois, suivant l'état des forces du malade ;

3° Chercher à atténuer les symptômes pulmonaires ;

4° Lutter contre l'hyperthermie, soit par l'hydrothérapie dans les formes ataxiques et ataxo-adynamiques, soit par les médicaments antipyrétiques. Parmi ces derniers, le sulfate et le salicylate de quinine semblent être préférables.

La dose quotidienne n'a pas dépassé 2 grammes dans les cas observés par l'auteur, sous la direction de Labadie-Lagrave ; elle a été administrée en un petit nombre de reprises et dans un temps très-court.

Cette méthode paraît préférable à l'administration des doses fractionnées données à intervalles plus ou moins éloignés dans les vingt-quatre heures. On obtient des effets semblables avec une moindre quantité du traitement.

II. — Austin Flint expose, dans une leçon clinique, les indications et les effets du traitement antipyrétique. Il préfère les lotions faites avec l'éponge ou l'emploi du drap mouillé au bain froid.

III. — G.-J. Rousseau cherche à démontrer que l'hyperthermie n'a pas l'importance prédominante qu'on lui a souvent accordée dans la pathogénie des accidents graves et de fièvre typhoïde.

Les expériences physiologiques faites sur les animaux mis à l'étuve ne permettent pas, dit-il, de conclure à l'influence nuisible de la température sur le fébricitant. La constance des altérations anatomiques dans les pyrexies ne prouve pas qu'elles soient dues à la chaleur. Le parallélisme entre les accidents graves et l'élévation de la température est loin d'être constant. Enfin, le bénéfice qu'on retire du traitement antithermique ou antipyrétique ne prouve pas que les accidents graves aient leur source dans l'hyperthermie.

L'élévation de la température, comme les autres symptômes graves,

est sous la dépendance d'une cause unique : l'altération du sang par un agent infectieux. Celui-ci ne pouvant être atteint dans l'organisme, on ne peut opposer à la fièvre typhoïde qu'une médication symptomatique.

La fièvre, en tant que processus fébrile, et non pas au point de vue restreint de l'élévation thermique, donne l'une des indications les plus importantes du traitement.

Après avoir ainsi démontré l'utilité de la médication antipyrétique, l'auteur étudie les effets propres à chacun des agents de cette médication. Il admet que les divers procédés de réfrigération ne constituent pas seulement une médication antithermique, mais que leur action est complexe et comparable à celle des antipyrétiques. Il conclut, avec Hayem, que le froid agit comme excitant du système nerveux et, par suite, comme modificateur de tous les actes qui, sous la dépendance du système nerveux, interviennent dans le processus fébrile, et qu'en outre il modifie, par un procédé que nous ne connaissons pas, les conditions de production des actes biochimiques et, par suite, la nutrition.

Comme antipyrétique, dit l'auteur, le bain froid est inférieur aux médicaments, tels que le sulfate de quinine et l'acide salicylique.

IV-V. — Frantz Glénard expose rapidement les résultats obtenus en Allemagne et à Lyon par la méthode de Brand. Il donne sur ce sujet les conclusions adoptées presqu'à l'unanimité (22 sur 24) par les médecins des hôpitaux de Lyon ; elles peuvent se résumer ainsi :

La méthode de traitement qui exerce la plus favorable influence sur la marche et l'issue de la fièvre typhoïde est celle qui a pour principes la réfrigération par l'eau froide et l'alimentation continuelle du malade du début à la fin de sa maladie.

Le procédé thérapeutique qui répond le mieux à la première indication est celui qui consiste à administrer de grands bains froids répétés avec aspersion froide dans le bain et, dans l'intervalle, des compresses froides.

La fièvre typhoïde, traitée méthodiquement et à une date rapprochée du début, revêt une allure rassurante pendant tout son cours, et la durée de la convalescence est considérablement abrégée.

Les complications sont rares dans ces conditions, bien loin qu'il y en ait de spéciales à ce mode de traitement. Il n'y a pas de suites fâcheuses, soit prochaines, soit éloignées, qui puissent lui être directement imputées.

Lorsqu'on ne peut appliquer ce traitement qu'à une époque éloignée du début de la maladie, lorsqu'il s'agit non plus de prévenir les complications, mais de les combattre, les résultats, bien que désormais aléatoires, sont encore supérieurs à ceux qu'on obtient de toute autre thérapeutique.

En conséquence, les médecins des hôpitaux de Lyon se déclarent partisans de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde, avec la conviction que cette méthode, régulièrement appliquée, surtout dès le début de la maladie, a baissé considérablement le taux de la mortalité.

Fr. Glénard emprunte au rapport du conseil de santé de l'armée allemande pour les années 1878, 1881 les conclusions relatives à l'emploi de la méthode de Brand ; ils donnent d'après les mêmes sources les chiffres qui indiquent la mortalité typhique dans l'armée allemande. Il met en pa-

rallèle les statistiques des deux armées allemande et française et il tire de cette comparaison un nouvel argument en faveur des bains froids.

On a, dit l'auteur, pour juger la méthode, vingt années d'observations en Allemagne et dix années d'observations à Lyon. Pendant ce temps, plus de 20,000 fiévreux ont été traités par les bains froids ; depuis l'adoption du traitement, le taux de la mortalité a été réduit à 9 0/0 dans l'armée allemande et dans les hôpitaux de Lyon, au lieu de 26 0/0 ; à 1 ou 2 0/0 dans quelques hôpitaux militaires allemands et dans la pratique privée à Stettin et à Lyon. On serait donc en droit de dire que le taux de la mortalité typhoïde traitée par les bains froids dépend de la rigueur avec laquelle on applique cette méthode et qu'il peut être par conséquent indéfiniment réduit. Avec la méthode expectante, la mortalité dépend seulement de la rigueur des épidémies ; elle dépend de la maladie et non plus du médecin.

Le second mémoire de Glénard a pour objet de démontrer que les statistiques médicales de l'armée allemande fournissent des documents sûrs pour l'appréciation de la méthode de Brand, que les résultats n'en sont pas faussés par la confusion des cas toujours douteux de typhus levissimus ou fébricules avec la fièvre typhoïde.

VI. — Chapuis montre combien sont différents les effets du traitement par les bains froids, suivant que le malade est baigné dès le quatrième ou cinquième jour ou que la médication est mise en œuvre tardivement.

Dans l'impossibilité où se trouve le médecin de porter un pronostic assuré avant le dixième ou le douzième jour, il est indispensable d'appliquer le traitement à tous les malades ; il est d'ailleurs démontré, dit l'auteur, que le bain ne peut être préjudiciable dans les maladies qu'au début on est exposé à confondre avec la fièvre typhoïde. Quand la méthode de Brand est appliquée dès le début et d'une façon systématique, la fièvre typhoïde évolue avec une remarquable bénignité, les complications sont extrêmement rares et paraissent dues moins à la méthode qu'à un défaut de surveillance et à des écarts de régime ; la convalescence est très rapide et exempte d'accidents.

Avec la plupart des médecins de Lyon, l'auteur croit qu'il est indispensable de baigner les malades ataxiques, ceux chez qui la stupeur et l'adynamie sont extrêmes, ceux dont la température est excessive et sans rémissions matinales suffisantes, ceux dont le pouls est faible et très fréquent, enfin tous ceux qui, dès le 5e ou le 7e jour, ont l'aspect de typhiques arrivés à une période plus avancée de la maladie.

Commencé après le 15e jour, le traitement par les bains froids perd la plupart de ses avantages. Ses effets sur l'économie sont tout autres, comme l'a démontré l'étude comparative qu'en fait l'auteur ; les bains produisent alors des abaissements considérables de la température, mais ces dépressions sont suivies d'ascensions rapides. La marche de la maladie est peu modifiée et les bains ne sont peut-être pas alors exempts de tout danger.

VII-VIII. — Dumontpallier démontre que la réfrigération méthodique (qu'il obtient au moyen de son appareil) offre de grands avantages dans la thérapeutique ; sans prétendre à la guérison de tous les typhiques, on peut certainement, en modifiant l'hyperthermie et ses conséquences, diminuer la mortalité dans une notable proportion.

Le refroidissement méthodique, lent et progressif ne détermine pas de congestions viscérales chez les animaux et modifie favorablement, chez l'homme, les congestions pulmonaires et rénales. La réfrigération subite, excessive et passagère peut, au contraire, déterminer des congestions actives dans les viscères.

Le refroidissement du liquide sanguin abaisse de jour en jour la régulation thermique typhoïde, et cela probablement en modifiant l'état des centres nerveux thermogènes. L'analyse des urines montra que l'abaissement graduel de la température s'accompagne d'une augmentation de la quantité des urines des 24 heures ; la densité diminue, la quantité absolue d'urée diminue ainsi que l'élimination des phosphates ; la proportion d'albumine n'est pas modifiée d'une façon constante. G. HOMOLLE.

IX. — Unverricht a expérimenté chez plusieurs typhiques la méthode des bains tièdes. Les malades sont maintenus de 5 heures du matin à 9 heures du soir dans l'eau à 25°, mais toutes les deux heures, on les retire de la baignoire pour prendre la température rectale et permettre les évacuations alvines. Le premier effet du bain est d'abaisser la température de 1°5 en moyenne pendant les premières heures; mais il est difficile d'éviter l'exacerbation vespérale, et le soir, le thermomètre marque en général 4°, même si l'eau du bain descend à 21°. Chez les sujets vigoureux, les résultats sont moins rapides que chez les individus maigres et affaiblis.

Quand on cesse le bain au bout de quelques heures, la température ne tarde pas à remonter à son degré primitif. Si donc on a obtenu l'apyrexie par le bain, c'est un résultat passager, et il ne faut pas espérer une atténuation définitive des symptômes ni une abréviation de la maladie. La méthode des bains tièdes exige un personnel très nombreux et très attentif. L. GALLIARD.

X. — L'auteur a réuni les 3,285 cas de fièvre typhoïde traités de 1870 à 1877 dans les 4 services de l'hôpital général de Hambourg ; la mortalité d'ensemble a été de 7,7 0/0.

Dans la première période de 4 ans (1870-1873) où le traitement hydrothérapique était exécuté rigoureusement dans tous les services, la mortalité a offert de grandes oscillations, presque de 50 0/0. Dans cette période d'années, le minimum et le maximum de mortalité ont été l'un et l'autre plus forts que dans les quatre années suivantes où deux services avaient complètement supprimé l'hydrothérapie, tandis que les deux autres la pratiquaient avec moins de rigueur (bains moins froids): Voici les chiffres :

| | Mortalité maximum. | Mortalité minimum. |
|---|---|---|
| 1871-1873..... | 9,6 0/0 | 6,5 0 0. |
| 1874-1877..... | 8,3 | 5. |

De ces chiffres et d'un certain nombre d'autres qu'on trouvera dans l'original, Glaeser conclut que la médication par les bains froids ne vaut ni le temps ni le personnel qu'elle exige.

XI. — Si Strümpell se trouvait placé dans l'alternative d'avoir à choisir pour une fièvre typhoïde entre un traitement exclusif par la quinine ou par les bains froids, il n'hésiterait pas à préférer ces derniers. Mais les bains ne doivent être ni trop froids ni trop souvent répétés ; la nuit, ils ne doivent être administrés qu'à titre d'exception.

Comme indication de les employer, l'élévation de la température ne vient qu'en seconde ligne, c'est surtout l'état des poumons et celui du système nerveux qui doivent guider. Les bains froids, en rendant la respiration plus profonde et en facilitant l'expectoration, diminuent le danger de voir survenir des pneumonies lobulaires. J. B.

**I. — Sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique, par VULPIAN** (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série, t. XI, n°* 33).

**II. — Étude sur la médication salicylée dans la fièvre typhoïde, par RABEAU** (*Thèse de Paris*, 1882).

**III. — Application du salicylate de bismuth au traitement de la fièvre typhoïde, par H. DESPLATS** (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 1883).

**IV. — Des effets antithermiques du sulfate de quinine et du salicylate de soude administré concurremment dans le traitement de la fièvre typhoïde, par F. SOREL** (*Union médicale, nos* 26 *et suiv.*, 1883).

I. — A la suite de la publication du travail de M. Hallopeau (*Soc. méd. hôp.*, 1882) sur le traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, le salicylate de soude et le sulfate de quinine, M. Vulpian avait émis la pensée qu'il serait utile de faire de nouveaux efforts pour essayer d'anéantir, au moyen d'agents antiseptiques, le poison typhique dans l'intestin. Il lui avait semblé que le salicylate de bismuth, à cause de son insolubilité et de son pouvoir antiseptique, conviendrait pour de tels essais.

Les résultats obtenus n'ont pas justifié ces espérances. Dans plusieurs cas, cependant, le salicylate de bismuth, prescrit à la dose de 12 grammes par jour, a produit un abaissement remarquable de la température et, en même temps, une amélioration incontestable de l'état général des malades. Mais le plus souvent cette amélioration n'a pas été durable, et dans quelques cas, il s'est produit des phénomènes de dyspnée ou des hémorragies.

D'essai en essai, l'auteur en est arrivé à employer l'acide salicylique pur. Après l'avoir fait prendre mélangé avec le phosphate de chaux et le sucre de lait, il l'a administré d'emblée aux adultes à la dose de 6 grammes par jour. Dès le lendemain, il prescrivait 7 grammes, dose qu'il n'a jamais dépassée.

Un assez grand nombre de malades ont été traités de cette façon. Jamais il n'y a eu d'accidents graves et menaçants pouvant être attribués à la médication. Deux fois, cependant, on a constaté une prostration passagère comparable à celle qui a été observée chez un certain nombre de malades traités par l'acide phénique et le phénate de soude. Dans quelques cas, surtout chez les jeunes gens, on a vu se produire un peu d'agitation, de subdélirium.

Chez la plupart des malades ainsi traités, il y a eu un abaissement considérable de la température, c'est-à-dire de deux ou trois degrés en quarante-huit ou soixante-douze heures. En même temps, on constatait une amélioration des plus manifestes de l'état général. L'abattement était moins accusé, le sentiment de malaise beaucoup moins considérable; le malade répondait mieux aux questions, il dormait mieux: parfois l'appétit

se réveillait. L'abaissement thermique n'était pas précédé de sueurs aussi constamment que chez les malades traités par le salicylate de bismuth. Pendant la convalescence, lorsqu'on continuait à donner de l'acide salicylique, on a vu parfois la température axillaire s'abaisser jusqu'à près de 35°.

Quant au mode d'administration, M. Vulpian donne l'acide salicylique à l'état pulvérulent, à doses de 25 à 30 centigrammes dans du pain azyme, de demi-heure en demi-heure. On a soin de faire boire une ou deux gorgées de liquide aussitôt après l'ingestion de chaque dose.

Peut-être l'acide salicylique a-t-il eu, chez quelques malades, une influence sur les reins et a-t-il provoqué un certain degré d'albuminurie, mais cette influence est discutable, et, en tout cas, on a vu l'albuminurie disparaître dans l'établissement de la convalescence, bien que l'acide salicylique fût encore administré à ce moment.

L'acide salicylique ne paraît pas abréger la durée de la fièvre typhoïde ; il n'est même pas prouvé qu'il diminue le nombre des cas terminés par la mort. Mais ce que l'auteur croit pouvoir dire en toute assurance, c'est qu'aucune autre médication n'a produit aussi constamment un abaissement considérable de température et un amendement aussi notable de l'état général. Les expériences comparatives, faites avec l'acide borique, le sulfate de quinine, le phénate de soude, ne laissent aucun doute à cet égard.

M. Vulpian se pose une question. L'acide salicylique ne pourrait-il pas être employé comme prophylactique, dans certaines conditions d'épidémicité de la fièvre typhoïde? S'il était prouvé que le contage de la fièvre typhoïde s'introduit presque toujours dans l'organisme par les voies digestives, il serait permis de supposer que l'ingestion quotidienne dans l'estomac d'une petite dose d'acide salicylique pourrait peut-être annihiler ou paralyser le poison typhogène avant son absorption par les parois du canal gastro-intestinal. GASTON DECAISNE.

II. — Après avoir fait très complètement l'historique de la médication salicylée dans la fièvre typhoïde, Rabeau donne la relation des faits observés dans le service du professeur Vulpian, qui a expérimenté le salicylate de bismuth et l'acide salicylique.

Le salicylate de bismuth a été administré à la dose de 6, 8, 12 grammes chaque jour, par prises de 2 grammes. Il détermine un abaissement de température, qui dépassait en général 1 degré et a parfois atteint près de 3 degrés. Il provoque en général des sueurs abondantes. L'abaissement de température coïncide habituellement avec une amélioration des symptômes généraux. Il ne semble pas qu'on doive attribuer à la médication les épistaxis, les hémorragies intestinales, les troubles cérébraux et l'albuminurie qu'on a observés chez quelques malades. Le nombre des selles a été généralement diminué, les déjections sont noires et non fétides. La plupart des observations se rapportent à des malades gravement atteints et arrivés déjà à la fin de la première ou à la seconde semaine. Dans aucun cas, la médication n'a paru enrayer l'évolution de la maladie.

La série plus nombreuse des cas traités par l'acide salicylique autorise les conclusions suivantes :

L'acide salicylique paraît exercer sur la température une action dépressive plus sûre, plus puissante et plus durable que tous les autres moyens antipyrétiques employés dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Dans les cas les plus favorables, l'abaissement de la température se fait suivant une progression continue; en 24 ou 36 heures, la chaleur tombe à 37° ou au-dessous. La défervescence s'accompagne ordinairement d'un amendement notable des symptômes de l'état typhoïde.

L'acide salicylique n'abrège pas la durée de la maladie, ne prévient pas les complications et ne s'oppose pas aux rechutes.

L'administration de l'acide salicylique peut être continuée à la dose de 5 à 7 grammes, pendant 10 ou 15 jours, sans accidents. Peut-être ce remède a-t-il exalté dans quelques cas la tendance aux hémorragies, surtout aux épistaxis. La dyspnée, l'hyperémie pulmonaire, le subdélire qui accompagnent parfois un abaissement très brusque de la température n'ont pas de gravité et cessent dès qu'on suspend l'emploi du médicament. L'albuminurie ne contre-indique pas l'usage de l'acide salicylique.

III. — Desplats étudie l'action du salicylate de bismuth chez les typhiques (20 observations). La dose quotidienne a été le plus souvent de 5 à 6 grammes, par prises de 1 ou 2 grammes. L'effet immédiat du remède est un abaissement de la température, qui, même avec de petites doses (1 à 4 grammes par jour), est tombée, dans deux cas, de 39°,2 à 37°,7 en 25 heures, et de 40° à 37°,9 en 30 heures. L'abaissement de température s'accompagne d'une détente des symptômes généraux. L'ensemble de la courbe thermique est heureusement modifié par la médication. Sur 20 cas, Desplats en compte onze dans lesquels la température, élevée jusque-là, s'est abaissée jusqu'à devenir normale, en 4 ou 5 jours. La médication paraît avoir eu, dans cette série, une action abortive (la fièvre a cessé en général du treizième au quinzième jour de la maladie). Dans 4 cas, le salicylate a exercé une influence modératrice, mais non abortive; dans cinq cas, dont trois mortels, l'action du salicylate fut nulle. Un des malades est mort de perforation intestinale, un autre d'hémorragie intestinale, et le troisième d'une broncho-pneumonie probablement gangreneuse. L'auteur ne croit pas qu'on puisse invoquer une coïncidence en présence des 11 cas sur 20 qui ont eu une forme abortive.

IV. — Sorel associe, dans le traitement de la fièvre typhoïde, le sulfate de quinine et le salicylate de soude. Il donne les deux médicaments dans la même journée et pendant plusieurs jours sans interruption; le sulfate de quinine est pris le matin, en une fois, à la dose de 0,50 à 1gr, 20, suivant la température; la solution de salicylate de soude est prise par cuillerées à bouche à la dose de 2 à 4 grammes. Une série d'observations démontrent les heureux effets de cette médication antipyrétique, qui diminue l'amplitude des oscillations thermiques par la diminution de la température vespérale et abaisse le niveau moyen de la chaleur fébrile. Les grandes oscillations de la période décroissante ne sont pas notablement influencées par la médication; elles sont indépendantes de l'impaludisme.

Le traitement n'abrège pas la fièvre. La série des cas observés par Sorel comprend une assez forte proportion de fièvres écourtées; 26 fois sur 103, l'apyrexie était complète du quatorzième au seizième jour.

Sur 103 cas, il y eut 4 rechutes et 14 décès. Sur 85 malades militaires, il y eut 10 morts (8 sur 31 de juillet à septembre 1881, 2 sur 54 dans les 9 mois suivants). Aucune complication n'a paru imputable au traitement (2 hémorragies intestinales, 1 perforation, 1 érysipèle, etc.).

Les effets de la médication antithermique varient d'une manière géné-

rale avec deux éléments : la résistance variable qu'oppose la température aux moyens employés pour la réduire, le degré de perversion fébrile qui fait qu'à température égale, les accidents généraux sont loin d'être toujours semblables. G. H.

**I. — Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique, par MAQUART** (*Thèse de Lille*, 1882).

**II. — Note sur une épidémie de fièvre typhoïde; étude comparative de la méthode de Brand et des lavements phéniqués, par CÉNAS** (*Lyon médical*, 13 *août* 1882).

**III. — Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique, par H. DESPLATS** (*Journal des sciences méd. de Lille*, 1882).

**IV. — Note sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'ergot de seigle, par DUBOUÉ** (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *t. XI*, *n°* 35).

**V. — Des effets comparés de divers traitements de la fièvre typhoïde et de ceux produits en particulier par l'ergot de seigle de bonne qualité, par LE MÊME** (*Paris*, 1883).

**VI. — Das Iodkalium als Heilmittel gegen Abdominaltyphus, par Heinrick JELENSKI** (*Berlin. klin. Woch.*, 12 *mars* 1883).

**VII. — Ueber das Auftreten des malignen Œdems bei Typhus abdominalis (Œdème malin à la suite d'injections de musc), par L. BRUGER et P. EHRLICH** (*Ibid.*, 30 *octobre* 1882).

**VIII. — De l'alimentation pendant le cours et à la période de déclin de la fièvre typhoïde, par DURAND** (*Thèse de Paris*, 1883).

I. — Dans ce consciencieux travail, inspiré par Desplats, l'auteur étudie d'abord l'action de l'acide phénique sur la température fébrile, puis il montre l'application que l'on peut faire de ces propriétés antipyrétiques au traitement de la fièvre typhoïde. A ce double point de vue, il confirme les faits observés et les opinions défendues par son maître (*R.S.M.*, XX, 112).

L'abaissement rapide, mais peu durable, de la température, les sueurs, les frissons sont des phénomènes connus. Le dosage est le même que par le passé; 1 gramme est la dose moyenne pour un adulte; cette quantité est administrée toutes les trois heures environ, toujours par la voie rectale. L'injection continue ne peut être pratiquement et utilement employée.

Les effets, toujours temporaires, sont, outre l'abaissement de la température fébrile, la sédation des désordres nerveux et l'atténuation des accidents qui sont la conséquence directe de l'hyperpyrexie. C'est donc le thermomètre qui doit fournir les indications principales du traitement phéniqué.

La maladie ne peut d'ailleurs être ni jugulée, ni enrayée; elle suit son cours sans être modifiée autrement que dans quelques-unes de ses manifestations symptomatiques les plus importantes.

L'auteur s'efforce de repousser toutes les objections tirées de l'apparition fréquente de phénomènes d'intoxication et il attribue à des erreurs

d'administration du remède les faits d'hypothermie, de collapsus et les vomissements. G. HOMOLLE.

II. — Cénas conclut de recherches nombreuses et d'observations prises avec le plus grand soin, que l'acide phénique, composé à l'eau froide, est un antipyrétique très infidèle, quelquefois dangereux (accidents de frissons, collapsus, phénomènes convulsifs). Les résultats très contestables qu'il en a obtenus sont tout à l'avantage de la méthode de Brand. A. C.

III. — Desplats se propose de réfuter les objections qu'a soulevées la médication phéniquée. Il cherche à démontrer que l'acide phénique ne cause pas de congestions pulmonaires ni de lésions rénales, et que, bien administré, il ne détermine ni le collapsus, ni les convulsions. Quant aux frissons, sueurs, urines noires, il n'y aurait pas lieu de s'en inquiéter.

IV-V. — Suivant Duboué, l'ergot de seigle constitue actuellement le médicament le plus efficace pour combattre toutes les formes et surtout les formes les plus graves de la dothiénentérie. Pour qu'on puisse compter sur lui, il faut préalablement s'assurer qu'il n'est pas altéré. Il demande, en outre, à être manié avec mesure, comme demandent à l'être tous les médicaments actifs et réellement efficaces. Il est applicable, sans exception, à toutes les périodes et dans toutes les formes de la fièvre typhoïde. Avant de l'administrer dans n'importe quel cas, on doit s'assurer que les grains ont leur esprit normal et n'ont subi aucune altération. On peut le donner soit dans du pain azyme, soit dans des cachets Limousin, soit en poudre dans de l'eau sucrée, du lait, du vin, du bouillon ou un sirop quelconque.

Quelle que soit la dose que l'on donne, il vaut toujours mieux la fragmenter, c'est-à-dire la donner en quatre, six ou huit prises dans les vingt-quatre heures, suivant les cas, sans presque tenir compte du moment de l'ingestion des boissons ou aliments, mais, autant que possible, un peu avant ou immédiatement après cette ingestion. On ne s'expose pas ainsi à dépasser la dose nécessaire.

Il y a, en général, une très grande tolérance pour l'ergot de seigle dans la fièvre typhoïde. Cependant les premières doses provoquent assez souvent des nausées et même des vomissements, même lorsque l'ergot de seigle est de très bonne qualité. Il est rare que ces légers troubles n'aient pas disparu dès le second jour. S'ils subsistent, on doit soupçonner que le médicament est de mauvaise qualité.

Les doses moyennes doivent être de 1gr, 50 à 3 grammes par jour pour un adulte, et de 40 centigrammes à un gramme pour des enfants de six à douze ans.

La grossesse ne serait pas une contre-indication.

L'auteur a traité par le seigle ergoté trente-six cas de fièvre typhoïde, dont onze très graves, quatorze graves et onze de moyenne gravité. Sur ces trente-six cas, il y a eu deux cas de mort, ce qui donne une mortalité de 5,65 0/0.

A ces cas, M. Duboué en joint quinze autres de MM. Siredey, Foix et Guichard. On obtient ainsi un total de cinquante et un cas, dont seize très graves, vingt graves et quinze de moyenne gravité. Sur ces cinquante et un cas, il y a eu trois décès, ce qui donne une mortalité générale de 2,88 0/0. GASTON DECAISNE.

VI. — Sur la recommandation de Sauer (1840), les médecins de la

Pologne russe se sont mis à traiter la fièvre typhoïde par l'iodure de potassium. Jélenski a publié, en 1848, un premier travail sur les bons résultats qu'il avait obtenus de cette médication. Néanmoins, il l'abandonna, séduit qu'il était par les promesses faites au nom de la quinine, de l'acide salicylique et de l'hydrothérapie.

Désabusé maintenant, il revient à l'iodure de potassium, et d'une vingtaine de malades dont il donne l'observation, il se croit autorisé à conclure que :

1° L'iodure de potassium abrège la fièvre typhoïde qui ne dure pas plus de 15-17 jours;

2° Il abaisse la fièvre d'une façon lente, mais continue;

3° Il atténue rapidement la diarrhée et les douleurs concomitantes;

4° Il procure une convalescence franche, sans rechutes ni affections secondaires.

Il n'en commence l'administration, à la dose de 1 gramme par jour environ, que vers la fin du premier septenaire, mais il le poursuit jusqu'à la fin de la maladie.

L'auteur n'empêche pas, d'ailleurs, de faire simultanément le traitement symptomatique indiqué par l'état du malade : stimulants, toniques, etc.

L'auteur pense que comme toute préparation iodée, l'iodure de potassium agit par ses propriétés antiseptiques et antiparasitaires. J. B.

VII. — Les deux faits suivants ont été observés à la clinique de Frerichs :

1er *cas*. Femme de 26 ans atteinte de fièvre typhoïde. Contre des phénomènes de collapsus, on lui injecte dans la cuisse droite, le 16 mars, une seringue de teinture de musc.

Dès le surlendemain, 18, elle accuse une sensation de brûlure au niveau de cette cuisse; à mi-hauteur de la face externe de ce membre, on voit une tache rouge sombre, de la grandeur d'une pièce de 1 marc, entourée d'une auréole bleu foncé, large de deux doigts, d'où part un cordon bleuâtre de la grosseur d'une plume de corbeau qui remonte jusqu'à l'arcade fémorale et est borné lui-même d'une zone rosée irrégulière.

Au niveau de la tache et dans un pourtour de 8 centimètres, existe un empâtement œdémateux brillant; au toucher, on a de la crépitation.

Le soir même, la cuisse entière est œdématiée et rénitente. Néanmoins la malade se sent mieux et songe à se lever prochainement.

Le 19, un peu de dyspnée et de cyanose des lèvres. La tache est grande maintenant comme une pièce de 5 marcs, la teinte rosée occupe toute la face antérieure de la cuisse qui est plus gonflée et plus douloureuse.

Le thermomètre ne révèle pas de différence de température pour ce membre.

Le soir, le cœur faiblit, il survient du râle trachéal et la malade succombe brusquement. Elle était arrivée au seizième jour de la fièvre typhoïde.

La complication n'a amené aucune modification ni dans la courbe thermométrique, ni dans le volume de la rate, ni dans l'état des urines qui ne renfermaient ni albumine ni produits de putréfaction.

*Autopsie :* Plaques de Peyer en partie ulcérées. Emphysème commençant à la jambe, se poursuivant à la cuisse, dans les parois abdominales et en arrière du péritoine.

A la cuisse, les mailles du tissu conjonctif et adipeux sous-cutané étaient gorgées d'un liquide trouble, fétide, mêlé de bulles gazeuses qui, enflam-

mées, donnèrent une lueur bleuâtre, analogue à celle de l'hydrogène ; muscles crépitants.

2e *cas*. Femme de 32 ans. Pour les mêmes motifs, on lui fait, avec la même solution et la même seringue, le 15 mars, une injection à la face antérieure de la cuisse gauche.

Le surlendemain 17, gonflement général du membre avec tache gangreneuse centrale qui, le 18, se transforme en phlyctène sanguinolente, entourée d'une auréole rosée irrégulière.

Le 19, la phlyctène se rompt, et laisse voir un sphacèle de la peau. Le gonflement qui occupe tout le membre inférieur remonte jusqu'à l'ombilic. Comme chez la précédente malade, il y a retour de la connaissance dès l'apparition de l'œdème. Ni la courbe thermométrique, ni les urines ne présentent de modifications.

Mort subite dès le 19 au soir.

L'autopsie qui confirme le diagnostic de fièvre typhoïde, montre le même emphysème que dans le premier cas.

Du vivant des deux malades, on avait pu reconnaître la nature de la complication infectieuse, en aspirant un peu de liquide au niveau du membre œdématié. Dans toutes les préparations microscopiques, on trouve le bacille que Koch a décrit comme caractéristique de l'œdème malin.

Le même liquide fut inoculé à huit lapins et à deux cobayes qui succombèrent en offrant les phénomènes caractéristiques. Le liquide recueilli sur ces animaux fut injecté à trois autres, avec le même résultat.

La teinture de musc était évidemment la cause des accidents : malheureusement la faible quantité du liquide restant après les deux injections fut jetée par mégarde. Mais avec la même seringue et avec la même teinture, on pratiquait impunément dans la même mesure des injections chez quatre autres femmes atteintes de septicémie puerpérale, de coliques hépatiques, de cancer de l'estomac et d'anévrisme de l'aorte.

Les auteurs en concluent que les germes infectieux qu'ils trouvèrent dans la teinture de musc n'ont rencontré de conditions favorables à leur développement que chez les typhoïdiques (?). J. B.

VIII. — La thèse de Durand a pour objet de démontrer les heureux effets de l'administration de la viande crue aux convalescents de fièvre typhoïde. La quantité de pulpe de viande administrée a été de 50 grammes le premier jour, 100 grammes les jours suivants, en deux fois. Dans les formes légères, la viande est donnée vers le vingtième jour ; dans les cas graves et prolongés, on attendait soit que la température restât stationnaire ou qu'elle manifestât une tendance à descendre ; l'usage en était toujours différé quand il y avait une tendance à l'élévation de la courbe thermométrique. L'auteur rapporte sommairement 41 observations recueillies dans le service de Dumontpallier ; deux fois seulement l'usage de la pulpe de viande a provoqué une recrudescence fébrile (febris carnis). Chez les malades inanitiés à la suite d'une fièvre de longue durée, l'alimentation a produit les plus heureux effets, bien qu'on y eût recours avant la défervescence complète. G. HOMOLLE.

**I. — Sur le traitement antiseptique des maladies infectieuses en général et de la fièvre typhoïde en particulier, par W. WARFVINGE** (*Arberättelse fran Sabbatsbergs Sjukhus i Stockolm*, 1883).

**II. — Sur la fièvre typhoïde traitée par l'hydrothérapie, par A. DUMAS** (*Gazette hebdom. des sc. méd. de Montp.*, 12, 1883).

**III. — De l'ergot de seigle dans le traitement de la fièvre typhoïde, par CURET** (*Thèse de Montpellier, n° 12, 1883*).

I. — L'auteur a continué cette année les essais de médication phéniquée qu'il avait commencés l'an dernier. Il a traité de la sorte 54 malades, donnant l'acide phénique à la dose d'un gramme par jour soit par la voie buccale, soit en petits lavements. Les effets ont été les mêmes dans les deux cas. Il est constamment survenu un abaissement rapide de la température (1° à 1°,2 en une demi-heure), suivi d'une transpiration abondante. La diarrhée a ordinairement diminué, et l'état apathique du malade s'est promptement amélioré. L'albuminurie a été moins fréquente que d'ordinaire. La durée de la fièvre typhoïde semble avoir été abrégée par cette médication dont Warfvinge rapporte tous les effets aux qualités antiseptiques de l'agent. A. CARTAZ.

II. — L'auteur publie vingt observations de fièvre typhoïde, traitées dans sa clientèle, par l'hydrothérapie : il les divise en trois groupes :

A. Typhoïdes ataxiques — 7 cas — 1 décès.

B. Typhoïdes adynamiques avec hyperémies viscérales diverses — 4 cas — 3 décès.

C. Typhoïdes plus ou moins intenses avec hyperthermie, mais sans hyperémie viscérale — 10 cas — 0 décès.

Parmi les malades de cette dernière catégorie se trouve la fille de l'auteur.

Dumas fait remarquer que si, sur ces 20 typhoïques, il y a eu quatre décès soit 20 0/0, ce chiffre, cependant, n'a pas une valeur absolue, puisque les 20 cas choisis renferment trop de cas graves; 11 ataxo-adynamiques sur 20.

La plus basse température à laquelle le bain a été donné est de 23°; elle a varié, suivant les cas, et suivant la saison, de 23° à 28°, chez une seule petite malade, elle a été de 33° : la durée variait d'une à trois minutes, rarement quatre : Dumas s'en tenait à une aussi courte durée, de crainte d'un refroidissement trop marqué, chez le malade. Le refroidissement, après trois minutes d'un bain à 23°, avait été en effet assez considérable, dans un cas de typhoïde adynamique, pour constituer un état alarmant, quand le malade fut remis au lit. Dumas pense que les bains froids ne doivent guère être employés que dans la seconde semaine ; ils agissent plutôt, grâce à leur action tonique, sur le système nerveux que par l'abaissement de la température centrale qui, d'ailleurs, n'est que passagère. Chez les adynamiques, avec tendance aux congestions viscérales passives, le manque de réaction paraît contre-indiquer les bains froids : dans ces cas, les lotions ou les affusions froides et courtes doivent être préférées.

III. — L'auteur rapporte 46 observations qui comprennent : 16 cas graves, 26 cas de moyenne gravité, 4 cas légers. Sur l'ensemble, il y a eu 5 décès, ce qui donne une moyenne de 10,86 0/0, moyenne très favorable si on la compare au chiffre de 18,93 0/0 décès, qui représente le chiffre de la mortalité par la fièvre typhoïde dans les hôpitaux maritimes de Toulon où l'auteur a observé. Curet, en dehors de la mortalité relativement faible, signale d'autres avantages de l'ergot de seigle, en particulier, la diminution dans la durée de la maladie, et le peu de tendance aux congestions et aux hémorragies. Cependant un des malades qui a

succombé a eu des épistaxis abondantes, de l'hématurie et une congestion pulmonaire très marquée.

D'après Curet, le meilleur mode d'administration consiste à donner la poudre fraîchement pulvérisée à la dose de 75 à 50 centigrammes ou 2 grammes dans la décoction de quinquina édulcorée. C'est ce traitement seul qui a été employé chez un certain nombre des sujets observés par l'auteur ; chez d'autres, on a donné en même temps que l'ergot une potion à l'élixir parégorique et pratiqué deux 'otions vinaigrées par jour.

A. MOSSÉ.

**Du traitement de la fièvre jaune par les désinfectants, par S. SABUCEDO** (*Rivista de med. y cirujia practica, juillet* 1883).

Du 17 juillet au 10 octobre 1882, on a admis à l'Integridad national hôpital de la Havane 164 malades, atteints de fièvre jaune. Le traitement consistait en un vomitif, un purgatif au citrate de magnésie et l'administration, par cuillerées, alternant d'heure en heure, de deux potions au salicylate de soude, 4 pour cent, et au phénate de soude, 1 pour cent de véhicule. Cette médication déterminait en général, à très bref délai, d'abondantes sueurs avec un abaissement de la température et dans les cas subaigus, la fièvre tombait au 3e ou 4e jour. Sur ces 164 cas, 91 guérirent sans dépasser la première période et sans avoir eu d'albumine dans les urines ; 73 eurent les symptômes de la seconde période, albuminurie, hémorragies gingivales, vomissements noirs, melæna, etc. Sur ces 73, on compta 9 morts, soit un total de 12 3 0/0 contre 30 à 50 0/0 de décès dans les années antérieures dans le même hôpital.

A. CARTAZ.

**Ueber die Behandlung der Diphtheritis mit Papayoten (Sur le traitement de la diphtérie par la papayotine), par O. KOHTS et J. ASCH** (*Zeitsch. f. klin. Med., Band V, p.* 558, 1883).

Kohts et Asch confirment les travaux de Rossbach sur l'emploi de la papayotine dans le traitement de la diphtérie. Ils ont observé que les membranes diphtériques de la gorge et des fosses nasales, lorsqu'elles sont accessibles à un traitement local, se ramollissent, puis se dissolvent complètement dans un solution de papayotine de 5 0/0. Pour cela, les membranes doivent être touchées très soigneusement, au moins toutes les demi-heures, elles disparaissent d'autant plus vite, que la papayotine est appliquée plus souvent. Si l'emploi de cette substance est interrompue quelques heures, dans la nuit, par exemple, de nouvelles membranes se forment sur les parties de la muqueuse qui en avaient été débarrassées.

Les membranes diphtériques de la trachée se dissolvent également par la papayotine, et au bout de deux ou trois heures, elles sont détachées et rejetées par la canule, chez les sujets trachéotomisés ; mais toutes les formes de la maladie ne sont pas heureusement influencées par cet agent thérapeutique, il est sans action sur les formes infiltrées de diphtérie.

La papayotine n'a aucune influence fâcheuse sur les organes spécialement, sur la muqueuse de la gorge, de la trachée, des bronches, de l'estomac, ou du moins les auteurs n'en ont pas observé. Ils ne concluent

cependant pas que la papayotine soit un médicament spécifique de la diphtérie, mais que son emploi peut, au début du mal, arrêter l'extension des fausses membranes et contribuer ainsi à diminuer le chiffre de la mortalité.

M. DEBOVE.

**Note sur l'emploi des bains dans la variole, par J. PÉCHOLIER** (*Gaz. hebd. de Montpellier, n° 11, 1883*).

D'après Pécholier, le bain tiède et quelquefois les affusions froides, déjà préconisés par Füster, constituent le seul moyen de salut dans certaines varioles graves. On ne doit pas hésiter à y recourir, malgré le préjugé populaire, plus tenace encore pour la variole que pour les autres grandes pyrexies, et qui repousse tout ce qui pourrait refroidir le malade. Si l'hyperthermie est un signe clinique d'une très grande importance, le médecin ne doit pas oublier que le bain n'a pas seulement pour effet de refroidir physiquement le malade, mais que suivant sa durée et sa température, celui-ci peut être tour à tour antispasmodique, antiphlogistique, sédatif ou tonique.

Dans l'observation rapportée par Pécholier, il s'agissait d'un homme de 40 ans, ayant des antécédents névropathiques : au 4e jour, apparition de rash ; température axillaire 41°,4, pouls misérable à 132, angoisse extrême, délire ; l'éruption, commencée depuis deux jours, s'est bornée à un petit nombre de papules sur le front et les joues : Pécholier donne un bain de 20 minutes, destiné non seulement à combattre l'hyperthermie, mais encore à « rompre le spasme » qui entrave l'éruption. Après le bain, la température est à 41°,2, mais le malade accuse un réel soulagement ; injection hypodermique de 1 gramme d'éther sulfurique. Le lendemain, 5e jour de la maladie, l'éruption se dessine franchement, il y a une amélioration réelle, deux bains à 33° dans la journée. T. matin 40°,7. P. 116 ; soir, T. 39°,8 ; les deux bains ont été suivis chacun d'une injection d'éther. Le 6e jour, T. à 38°,2. P. à 98, on donne un dernier bain encore suivi d'une injection d'éther. L'éruption assez abondante à la face est discrète sur les membres ; la marche de la maladie est ensuite régulière, le malade peut se lever le 13e jour ; le 20e jour, la guérison était complète.

A. MOSSÉ.

**Bericht über die in den letzten 30 Jahren im St-Marien-Magdalenen Spital zu St-Petersburg behandelten croupösen Pneumonien (Étude statistique sur les pneumonies franches traitées dans les trente dernières années à l'hôpital Marie-Madeleine de Saint-Pétersbourg), par Eduard BARY** (*Viertelj. f. gericht. Med. u. œffentl. Sanitaetswesen, XXXIX, 104, juillet 1883*).

Ce travail de statistique, accompagné de tableaux graphiques, est basé principalement sur les 3,272 cas de pneumonie franche soignés à l'hôpital Marie-Madeleine de 1851 à 1881 ; accessoirement, Bary a utilisé pour son étude les cas de pneumonie traités de 1867 à 1876, dans 3 autres hôpitaux de Saint-Pétersbourg (Obuchow, Alexandre, Pierre et Paul).

A Marie-Madeleine, les pneumoniques constituent 3,6 0/0 de la totalité des malades, dans les 3 autres hôpitaux pétersbourgeois : 3,3 ; chiffres en parfait accord avec celui des hôpitaux viennois (*R. S. M.*, XX, 521) : 3,2.

Les brusques changements de température, si communs à Saint-Pétersbourg, n'exercent aucune influence sur la fréquence des pneumonies qui varie très peu suivant les années; les variations mensuelles sont parallèles à celles de la morbidité générale.

Bary, tant de ses propres observations que de celles faites ailleurs, croit pouvoir admettre que sur 100 pneumonies, on en compte en moyenne 50 à droite, 38 à gauche et 12 des deux côtés.

La pneumonie double survient surtout quand c'est le poumon gauche qui a été atteint en premier lieu. 20,9 0/0 des pneumoniques de Marie-Madeleine ont succombé. Dans cet hôpital, les décès pneumoniques forment le 4,7 0/0 de la mortalité générale. Or, la moyenne de mortalité de l'établissement étant de 16,5, il en résulte qu'à l'exception du choléra, la pneumonie est de toutes les maladies aiguës, infectieuses ou non, celle qui cause le plus de décès. L'hôpital Marie-Madeleine occupe cependant à cet égard une position privilégiée parmi les hôpitaux pétersbourgeois. En effet, de 1867 à 1876, par exemple, la mortalité pneumonique a été de 39,7 à Pierre et Paul, de 32,7 à Obuchow, de 30,4 à Alexandre, tandis qu'elle n'était que de 18,3 à Marie-Madeleine.

Dans la même période décennale, la mortalité de la pneumonie dans les hôpitaux viennois était de 23,4.

La mortalité féminine est un peu plus grande (23 0/0) que celle des hommes (20,3) à Marie-Madeleine; c'est là un fait général qui ressort également des comptes rendus hospitaliers de Vienne, Stockholm, Zurich, Breslau, Wurzbourg.

Dans le sexe masculin, c'est la pneumonie droite qui cause le plus de décès; chez les femmes, c'est la gauche.

A Marie-Madeleine, les pneumoniques ont été admis en moyenne le 5e jour de leur maladie et la moyenne de leur séjour à l'hôpital a été de 15 jours 7.

47,4 0/0 des pneumoniques ont été traités par le tartre stibié, à la dose quodidienne de 2 à 6 grammes, et par les ventouses scarifiées; par ce traitement, la mortalité a été de 19,8.

19,8 0/0 des pneumoniques ont été traités par le sublimé, et leur mortalité a été de 23,3.

19,8 — — — par méthodes diverses (expectative et tous les médicaments nouveaux).

— — — —

La mortalité a été de 22, 3.

Enfin, 13 0/0 des pneumoniques ont été traités par la digitale avec une mortalité de 18,5 0/0.

Comme on voit, c'est le tartre stibié, un peu délaissé aujourd'hui, qui a fourni après la digitale les résultats les plus favorables. J. B.

**Du traitement de la pneumonie par les bains froids, par BRUGNATELLI** (*Riv. med. dell'Instituto lombardo, juillet* 1883).

L'auteur rapporte onze observations de pneumonie traitée avec succès par les bains froids. Les malades supportent en général très bien ce traitement; quand on les plonge dans le bain (de 23 à 19° centig.), ils éprouvent un léger frisson qui passe vite. Ces températures basses sont

mieux supportées quand le malade est placé du premier coup dans l'eau froide que lorsqu'on refroidit progressivement le bain. Le pouls se ralentit, devient faible, la respiration, quelquefois accélérée, est plus généralement diminuée de fréquence et plus profonde. La température s'abaisse et cet abaissement dure un certain temps. L'état général est meilleur, le malade est plus calme et repose plusieurs heures.

Chez sept malades, la fièvre tomba et la résolution s'établit au sixième jour ; chez deux, au septième. A. CARTAZ.

**I. — Du traitement de la phtisie pulmonaire par l'alimentation forcée, par DEBOVE** (*Bulletin de thérapeutique, t. CI, p.* 425).

**II. — Recherches sur l'alimentation artificielle, la suralimentation et l'emploi des poudres alimentaires), par LE MÊME** (*Union médicale, n*os 101 *et* 102, 1882).

**III. — Nouveau procédé de gavage, par DUJARDIN-BEAUMETZ** (*Union médicale,* 17 *septembre* 1882, *in Soc. méd. des hôpitaux*).

**IV. — Deux cas de vomissements nerveux traités avec succès par l'alimentation artificielle, par G. BALLET** (*Progrès médical,* 17 *juin* 1882).

**V. — De l'alimentation artificielle et des poudres alimentaires, par ROBIN** (*Thèse de Paris,* 1882).

**VI. — Du lavage de l'estomac et de l'alimentation artificielle dans quelques affections chroniques de l'estomac, par BROCA** (*Progrès médical,* 30 *septembre,* 7, 14, 21 *octobre* 1882).

**VII. — De la poudre de viande. Son administration directe; ses effets, par AMANIEUX** (*Thèse de Paris,* 1883).

I. — Debove, pensant que l'anorexie ne doit pas être nécessairement liée à une diminution du pouvoir digestif de l'estomac, que le dégoût qui accompagne l'ingestion des aliments peut troubler les phénomènes digestifs et provoquer des vomissements, a été conduit à alimenter au moyen de la sonde trois malades tuberculeux qui ne prenaient plus aucune nourriture. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants et ses trois malades ont bénéficié amplement de cette médication ; un seul, arrivé à la période ultime de la tuberculose, n'a pas présenté, comme les deux autres, des symptômes d'amélioration bien manifeste ; chez eux, en effet, le poids du corps a rapidement augmenté ; le taux de l'urée s'est élevé notablement, l'appétit est revenu ; les sueurs, les crachats ont beaucoup diminué et l'état général s'est rapidement amélioré. Les aliments introduits étaient du lait, du bouillon auxquels on ajoutait de la viande crue finement râpée et des œufs battus. Cette méthode de traitement pourrait être appliquée à bon nombre de maladies chroniques s'accompagnant d'anorexie et de dégoût prononcé des aliments.

II. — On peut donner le nom d'alimentation artificielle à l'alimentation par la sonde œsophagienne, celui de suralimentation à l'introduction dans l'estomac, au moyen de la sonde, d'une quantité considérable d'aliments. L'alimentation artificielle sera employée dans l'anorexie ou dans les vomissements incoercibles, tels qu'on les observe dans quelques états pathologiques, en particulier dans l'hystérie. La suralimentation sera indiquée dans diverses affections ; en particulier, chez les sujets

affaiblis et cachectiques; sous l'influence de cette médication employée chez les tuberculeux, l'auteur a observé les faits suivants : cessation des sueurs, diminution de la toux et de l'expectoration, augmentation de poids, modification des signes physiques ; du moins, si les signes dus à des indurations pulmonaires persistent, ceux qui tiennent aux sécrétions pulmonaires disparaissent. Chez les phtisiques très avancés, on ne pourra guère obtenir, avec la suralimentation, qu'une prolongation de l'existence de peu de durée; dans les formes aiguës et galopantes, le traitement sera sans effet; il sera d'autant plus utile, que la maladie aura une marche plus chronique; la diarrhée doit engager à procéder graduellement; elle cède ordinairement à la médication; la fièvre, sous forme d'accès vespéraux, n'est pas une contre-indication.

La sonde employée se compose d'un tube de caoutchouc porté sur un mandrin, qui a une courbure identique à celle du coude formé par la bouche et le pharynx; au bout de peu de séances, le malade peut avaler la sonde sans l'intervention du médecin; faite, du reste, avec les précautions voulues, l'introduction de la sonde ne présente pas d'inconvénients réels; il faut seulement veiller à ce qu'elle ne se pelotonne pas dans l'arrière-gorge.

Les aliments introduits sont constitués par du bouillon, du lait, des œufs battus auxquels on ajoute une certaine quantité de poudre de viande préparée d'abord par le hachoir et desséchée à l'étuve à une température de 90 degrés. La poudre de viande a l'avantage sur la viande crue d'être plus facilement digestible, grâce à sa ténuité; elle représente quatre fois son poids de viande fraîche.

Il faut commencer l'alimentation forcée par de faibles quantités, 25 grammes à chaque repas, pour éviter des phénomènes d'intolérance qui pourraient se produire, puis augmenter progressivement jusqu'à en donner 400 grammes par jour. W. OETTINGER.

III. — Pour éviter les nausées et les vomissements que provoque souvent l'emploi du tube Faucher, l'auteur emploie une sonde, longue de 30 centimètres, de petit diamètre, aplatie vers son extrémité pharyngienne, munie d'un disque à l'autre bout; les parois en sont épaisses, et, pour faciliter l'introduction, il a recours à un conducteur en baleine courbée.

Pour faire passer à travers le tube les liquides alimentaires, on se sert d'un grand vase en verre, contenant 2 litres et demi, percé de deux ouvertures : l'une supérieure, l'autre inférieure. A cette dernière s'adapte un tube en caoutchouc qui, par son autre extrémité, vient s'appliquer à la sonde, un index en verre permet de suivre la marche du liquide; à l'autre tubulure, on place un bouchon en caoutchouc, traversé par un tube en caoutchouc, qui ira communiquer avec une poire. — On commence par remplir le réservoir de verre d'une quantité de mélange alimentaire supérieure à celle que doit prendre le malade; puis on exécute des pressions sur la poire, et, grâce à l'index, on voit le mélange passer à travers le tube du réservoir dans l'œsophage. Le malade peut hâter, ralentir ou arrêter à sa volonté l'introduction des aliments.

IV. — Deux jeunes femmes, présentant des signes d'une hystérie avérée, étaient sujettes à des vomissements incessants depuis plusieurs mois. Elles furent soumises au régime lacté; le lait était introduit avec le tube Faucher

en quantité variable de 1 à 3 litres. Dans le premier cas, l'intolérance des aliments persista encore quelque temps, puis disparut; dans le deuxième, l'emploi du tube fut suivi immédiatement de digestions régulières. Dans les premiers jours du traitement, on voulut combiner l'usage du verre et celui du tube. Chaque verre de lait pris par la bouche était vomi plus ou moins rapidement, tandis que le lait introduit par le tube était gardé sans peine. La guérison fut complète au bout de 6 semaines dans le premier cas, de 3 semaines environ dans le deuxième.

V. — Dans cette thèse, inspirée par M. Dujardin-Beaumetz, l'auteur étudie la valeur nutritive et la facilité de digestion de diverses poudres. Il donne un tableau de leur richesse alimentaire :

| | Azote pour 100. | Acide phosphorique pour 100. | Équivalent en phosphate de chaux. |
|---|---|---|---|
| Bifteck (viande de bœuf). . . | 13,80 | 1,69 | 3,68 |
| Viande de cheval. . . . . | 12,50 | 1,66 | 3,62 |
| Lait . . . . . | 3,32 | 1,62 | 3,55 |
| Lentilles . . . . . | 4,49 | 0,63 | 1,37 |

Il admet que la poudre de bifteck peut remplacer avantageusement la viande crue dans l'alimentation ordinaire; elle ne présente pas, comme la poudre de viande de cheval, l'inconvénient d'une odeur désagréable, et est quatre fois plus nourrissante que la viande crue; elle se digère trois fois plus vite.

L'emploi de ces poudres est indispensable dans l'alimentation artificielle et la suralimentation.

Quant à la poudre de lait, son usage est indiqué pour les malades sujets à l'anorexie, que l'on veut mettre au régime lacté intégral.

Enfin, la poudre de lentilles doit être prise, mélangée à la poudre de viande, ou délayée dans un liquide quelconque.

Des observations, recueillies sur des tuberculeux cachectiques, prouvent l'efficacité de la suralimentation; en un mois, on a obtenu des augmentations de poids, variant de 2 à 4 kilogrammes, en même temps que les sueurs, les crachats disparaissaient et que les forces revenaient.

VI. — L'auteur a employé, dans le service de M. Debove, une sonde en caoutchouc, introduite à l'aide d'un mandrin, auquel s'ajuste un tube en caoutchouc, muni d'un entonnoir, le tout formant siphon et permettant de laver sans danger l'estomac; il se servait d'eau de Vichy artificielle.

Deux cas de dyspepsie, sans cause appréciable, ont donné les résultats suivants. Le premier malade, souffrant, depuis quatre mois, de vomissements incessants, est soumis au lavage régulier, avec introduction par le tube de lait, œufs, etc., gagne en 6 semaines 3 kilogrammes et demi (52,500 à 56), en même temps que la dyspepsie disparaît. Le second avait, en 21 jours, gagné 4 kg, 300, quand, la difficulté à la déglutition de la sonde lui étant trop pénible, il refusa de se laisser alimenter, et, en quelques jours, reperdit 3 kilogrammes.

Un malade (Carjat), atteint d'ulcère simple, rapidement amélioré par le simple lavage, revint à Bicêtre, un an après, avec les mêmes symptômes aggravés par une tuberculisation avancée. Le lavage répété et la suralimentation (3 litres de lait, 6 œufs, 200 à 300 grammes de viande crue) ramènent, en 15 jours, son poids de 62 à 65 kilogrammes; puis,

6 semaines après, à 67,500. En même temps l'état des poumons est aussi satisfaisant que possible.

Un cas de gastrite alcoolique a donné des résultats encore plus satisfaisants. Un homme, sujet à des crises gastralgiques atroces et à des vomissements incessants depuis plus d'un an, avait été soumis d'abord à deux lavages suivis d'alimentation artificielle, sans succès. On se borna alors à un seul lavage, avec alimentation, puis à un nouveau lavage simple aussitôt que les douleurs reparaissaient, de manière à enlever les résidus alimentaires. Aussitôt l'amaigrissement s'arrêta, et les douleurs cessèrent; en 5 semaines, le poids s'éleva de 54 kil. 500 à 60 kilogr. Ce malade, du jour où les douleurs avaient diminué, avait été soumis à la suralimentation (lait, 3 litres; poudre de viande, 200 grammes).

La poudre de viande employée représente 4 fois son poids de viande crue, et elle se digère 5 fois plus vite.

Chez aucun de ces malades, ainsi gavés, on n'a observé d'albuminurie; l'analyse des urines montre combien les combustions deviennent actives.

Chez le dernier malade, la quantité de liquide absorbé (lait ou bouillon) était de 3 litres; celle des urines variait de 2 à 3 litres; l'urée s'était élevée, chez lui, de 27 à 70 grammes par le fait du régime; la moyenne étant de 55 à 65 avec 360 grammes de poudre de viande; il y avait, en moyenne, 25 grammes d'urée par litre. La moyenne de l'augmentation de poids, répartie en 30 jours, a été de 200 grammes par jour.

Carjat était arrivé à excréter des quantités beaucoup plus considérables d'urée. Le 12 mai, il rejette 1,600 grammes d'urine, 25 grammes d'urée; le 20, 1,500 grammes d'urine, 45 grammes d'urée; du 24 au 27, plus d'un litre d'urine, 50 à 60 grammes d'urée; le 29 mai, 98 gr. 358, et, jusqu'au 4 juin, il se maintient aux environs de 100 grammes d'urée.

La poudre de viande est donc tolérée à fortes doses et est très nutritive. H. L.

VII. — L'auteur étudie surtout dans son travail l'administration directe au malade de la poudre de viande, laissant de côté la question du gavage si bien étudiée par M. Debove. Il faut toujours débuter par de petites doses de 10 grammes environ et ne pas dépasser la quantité maximum de 100 grammes, mais la donner alors en deux ou trois prises. Pour masquer la mauvaise odeur de la poudre de viande et éviter au malade une répugnance trop grande, voici la méthode conseillée par M. Debove et recommandée par l'auteur : la poudre est délayée dans un peu d'eau froide et sucrée, puis cette bouillie, un peu liquide, est aromatisée avec du rhum ou une petite quantité d'essence de menthe.

Par la préparation qu'elle subit, la viande n'est modifiée ni chimiquement, ni histologiquement; elle ne perd probablement que ses principes aqueux, c'est-à-dire les 3/4 de son poids. 1 kilogramme de poudre représente donc 4 kilogrammes de viande. Les digestions artificielles prouvent qu'elle est digérée trois plus vite que la viande crue et hâchée; enfin, la poudre de viande est assimilable, puisque le taux de l'urée augmente après son administration et que des malades, exclusivement nourris par ce moyen, augmentent de poids d'une façon notable.

Voici quels sont les phénomènes physiologiques observés : l'estomac

tolère très bien la poudre de viande, mais lorsque les doses sont convenables; lorsque cette précaution est bien observée, l'intestin présente la même tolérance et l'on n'observe pas de tendance à la diarrhée ; lors même que les autres aliments ne sont plus tolérés, la poudre de viande seule l'est encore. Quant aux effets généraux consécutifs qu'on peut observer, c'est d'abord la sensation de bien-être qu'éprouve le malade, l'élévation de la température, l'augmentation passagère des sueurs et des crachats ; puis l'appétit se réveille et les aliments ordinaires peuvent être digérés et absorbés ; les forces se rétablissent, le poids du corps augmente; puis, chez les sujets phtisiques, les sueurs et les crachats, qui avaient augmenté au début, diminuent d'une façon notable.

Les indications les plus nettes de ce mode d'administration de la poudre de viande sont la cachexie tuberculeuse, la dyspepsie simple ou avec catarrhe de l'estomac, l'anorexie non symptomatique, la diarrhée chronique, aussi la convalescence pénible des fièvres graves.

Lorsqu'on veut obtenir une action plus prompte et plus énergique, il est préférable d'employer la suralimentation par le gavage.

Les contre-indications absolues sont fournies par une affection aiguë, l'état fébrile du sujet. W. OETTINGER.

**Emploi dans la dyspnée des emphysémateux du respirateur de Baz. FÉRIS** (*Bull. gén. de thérap.*, 15 *août* 1883).

La dyspnée de l'emphysème pulmonaire est causée par l'impossibilité de l'expiration complète ; cette impossibilité dépend de la perte de l'élasticité des alvéoles pulmonaires. M. Féris a eu l'idée de remplacer cette élasticité naturelle par une élasticité artificielle ; dans ce but, il a imaginé un appareil très simple auquel il donne le nom de respirateur élastique. Il a la forme d'un bandage herniaire qui entoure le thorax et dont les pelotes aplaties viennent appuyer sous les clavicules, siège de prédilection de l'emphysème.

La pression du bandage détermine mécaniquement l'expiration ; l'inspiration se produit ensuite sans effort ; puis nouvelle expiration, et ainsi de suite. On conçoit que l'oppression disparaisse instantanément, puisqu'on fait entrer en activité de larges parties du poumon qui ne fonctionnaient plus ou presque plus depuis longtemps, et qui constituaient de vastes réservoirs d'acide carbonique. A. C.

**Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie, par Weir MITCHELL. Trad. par O. JENNINGS** (*In*-8°, *Paris*, 1883).

Le traitement conseillé par l'auteur n'est pas nouveau en ce qui concerne chacune des recommandations en particulier, mais, par la combinaison des divers moyens mis en œuvre, on peut dire qu'il s'agit là d'une méthode originale.

Les éléments principaux de ce traitement systématique sont :

1° L'éloignement de la malade de toutes les influences funestes qui l'entourent chez elle, le repos absolu ;

2° La production de l'usure musculaire et, comme conséquence, la

possibilité d'assimiler les aliments, au moyen de ce que l'on a appelé « les toniques mécaniques », c'est-à-dire les mouvements prolongés, le massage des muscles et l'électricité ;

3° La réparation de l'usure, ainsi provoquée, par une alimentation régulière et excessive.

De nombreux exemples de l'efficacité de cette hyperalimentation combinée avec l'activité des mouvements d'assimilation et de désassimilatiou provoqués par l'électricité et le massage, sont rapportés par le Dr Mitchell qui semble n'avoir pas eu trop à se plaindre, d'après les observations consignées dans ce mémoire, des hystériques anorexiques si intraitables pourtant d'ordinaire. PAUL GARNIER.

**Chloral bei Chorea, par J. MOSLER** (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *Band V*, *p.* 614, 1883).

Mosler rapporte une observation de chorée intense, guérie par le chloral. L'amélioration se produisit dès le premier jour de la médication (quatorzième de la maladie). Après l'ingestion des deux premiers grammes de médicament, il survint un sommeil de plusieurs heures. Les mouvements choréiques diminuèrent, puis finirent par s'éteindre, le septième jour du traitement (vingt et unième jour de la maladie). M. DEBOVE.

**Spasme fonctionnel du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, par DUBRUEIL** (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, *n*os 28 *et* 29, 1882).

Le malade dont il s'agit fut traité d'abord par l'électricité statique ; en même temps que l'on instituait un traitement général (bromure de potassium, douches). L'électricité statique appliquée pendant deux séances, n'amena d'abord qu'une exagération des symptômes de contracture et de la douleur. Huit jours de traitement par les courants continus ne donnèrent aucun résultat. Le Dr Regimbeau, auquel le malade avait été confié, résolut alors de revenir à l'électricité statique. Une amélioration ne tarda pas à se manifester sous l'influence de cette nouvelle méthode, elle s'est bientôt accentuée et a persisté assez pour que le malade, entré le 2 mai à l'hôpital, ait pu quitter les salles complètement guéri le 25 juin.

Le traitement avait consisté, en trois séances par semaines, pendant une demi-heure, réglées de la manière suivante : Trois excitateurs à pointe de cuivre étaient placés, l'un à la région cervicale supérieure et postérieure, l'autre à la partie latérale du cou et le troisième sur la partie inférieure du sterno-cléido-mastoïdien. Après chaque séance le malade accusait un peu plus de raideur, qui d'ailleurs se dissipait complètement au bout d'une heure. Après huit jours de ce traitement l'épaule s'était complètement abaissée, le malade pouvait tenir la tête droite et la tourner complètement du côté droit.

Bien qu'on ne puisse affirmer que la guérison ainsi obtenue se maintiendra, on peut l'espérer ; dans tous les cas, ce succès thérapeutique attribué par Dubrueil et Regimbeau à l'électricité statique est très intéressant, surtout si le succès obtenu persiste. Jusqu'à maintenant, en effet, les courants et la ténotomie ayant échoué contre cette affection, on a été obligé de préconiser une opération assez sérieuse, l'élongation ou la résection du spinal. A. MOSSÉ.

**Serpent venom as a remedial agent in tetanus, par A.-O. AMEDEN** (*Med. News*, 29 *septembre* 1883).

Après avoir essayé sans succès tous les remèdes usités, chloral, bromures, chloroforme, contre un tétanos traumatique aigu par plaie du pied, l'auteur eut l'idée de combattre la rigidité musculaire et les spasmes tétaniques par le venin de serpent. Les phénomènes de dépression, observés dans l'empoisonnement à la suite des morsures de serpent, lui faisaient supposer que l'on aurait dans ce venin un agent propre à diminuer ces contractures spasmodiques.

Un tueur de serpents lui fournit du venin fraîchement retiré de la glande. La pointe d'une seringue hypodermique fut trempée dans ce venin et une piqûre fut faite sous la peau de la région dorsale. Peu après, les spasmes tétaniques diminuaient pour disparaître au bout de 10 heures; le malade put alors dormir 6 heures.

30 heures plus tard, retour des spasmes et de l'opisthotonos. Nouvelle piqûre.

Depuis toute trace de contracture a disparu et le tétanos a guéri ; mais les phénomènes de prostration, ordinaires après l'absorption du venin, dit crotaline, ont été des plus marqués. Quoi qu'il en soit, l'effet a été des plus rapides et ce traitement a réussi alors que les autres avaient échoué.

A. CARTAZ.

**Observations on the salts of nickel, especially the bromide of nickel, par J.-M. DA COSTA** (*The med. News*, 29 *septembre* 1883).

L'auteur a expérimenté successivement le chlorure, l'acétate, le phosphate, le sulfate, et le bromure de nickel. Ces deux derniers lui ont paru les plus efficaces, sans que leur action thérapeutique soit cependant bien marquée.

Le sulfate de nickel est très déliquescent et très soluble dans l'eau. L'auteur l'administrait en solution par doses de 1 à 3 grains; quelquefois en pilules. A petites doses, il est assez bien supporté par l'estomac, mais il n'a pas d'effet bien appréciable sur le pouls ou la température. C'est contre les formes de diarrhée rebelle qu'il a paru le plus efficace, à doses faibles, mais fréquemment répétées, 1 à 2 grains 4 fois par jour.

Le bromure, très soluble dans l'eau, détermine les mêmes effets que les autres bromures, mais à bien plus faibles doses. L'auteur le recommande dans les affections nerveuses, à forme congestive. Il l'a administré dans l'épilepsie avec les plus heureux résultats, alors que les bromures de sodium, de potassium, l'arsenic, le biborate de sodium avaient complètement échoué. A la dose de 5 grains 3 fois par jour, il a diminué le nombre des attaques à tel point qu'un malade qui en présentait jusqu'à deux par jour, n'en a plus eu que quatre en six semaines.

A. CARTAZ.

**I. — Action du muguet sur le cœur et les reins, par DESPLATS** (*Journal des sciences médicales, Lille*, 1882).

**II. — Étude comparative du muguet et de la digitale, par DURIEUX** (*Thèse de Bordeaux*, 1882).

I. — Ainsi que l'ont annoncé les médecins russes Bogojavslevski et Troïtzki, et après eux le professeur Sée, M. Desplats a pu constater que le convallaria maïalis avait dans certains cas une action bien nette sur le cœur et les reins.

Il l'a expérimenté sur trois sortes de malades : sur des cardiaques dyssystoliques, sur des brightiques hydropiques, sur des hépatiques.

Chez les premiers atteints d'affections mitrales avec stases viscérales et hydropisies, le convallaria à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 d'extrait ralentit les contractions cardiaques, augmente leur énergie, les régularise et provoque une diurèse abondante dans l'espace de deux ou trois jours. Cette action est beaucoup moins nette chez les brightiques ; elle est nulle chez les autres malades.

Il faut savoir suspendre à un moment donné l'emploi du convallaria, car il diminue au bout de quelques jours, 8 à 10, la force d'énergie du cœur et reproduit à nouveau par action toxique une véritable dyssystolie.

II. — La partie expérimentale de cette thèse est vraiment trop écourtée pour qu'on puisse en tirer des conclusions de quelque valeur. Un développement plus considérable a été donné à la partie clinique ; voici ce qui est relatif aux effets physiologiques et thérapeutiques du muguet chez l'homme. Contrairement à la digitale, le convallaria ne produit pas de troubles du côté du tube digestif, nausées, vomissements, diarrhée, etc. Il ne semble pas porter de troubles sérieux du côté du système nerveux ; la céphalalgie, les vertiges, etc., observés après l'emploi de la digitale ne se présentent que rarement.

Sous l'influence du muguet, un cœur irrégulier, intermittent ne recouvre que très rarement son rythme normal ; le pouls, la température ne sont pas modifiées.

L'effet diurétique du muguet est des plus inconstants ; toutes les fois qu'on a essayé de l'utiliser pour combattre des hydropisies et œdèmes cardiaques considérables, on a toujours échoué ; dans les cas rares où la sécrétion urinaire a été augmentée, on peut toujours attribuer cet effet, soit au régime lacté, soit aux nouvelles conditions dans lesquelles se trouvait le malade.

L'auteur préfère donc dans tous les cas où il faut agir sur le cœur ou sur la sécrétion urinaire l'emploi de la digitale à celui du convallaria maïalis (Voy. *R. S. M.* XXI, 107, 108 ; XXII, 88, 89, 503.) W. OETTINGER.

**Étude sur l'évonymin, par P. CONIL** (*Thèse de Paris*, 1883).

L'évonymin encore appelé Wahoo, Suplindletree, Burning-Busk est une résine qu'on retire de l'évonymus atro-purpureus. La partie employée en médecine est l'écorce dont on fait une teinture alcoolique et qu'on précipite ensuite par l'addition d'une certaine quantité d'eau ; l'évonymin se

présente alors sous l'aspect d'une substance pulvérulente, verdâtre, inodore, de saveur très amère ; c'est depuis le travail de Rutherford en 1879 que cette substance a été employée en thérapeutique ; cet auteur a montré que l'évonymin était un médicament cholalique énergique, venant de suite après l'aloès, le calomel, l'iridis, auquel il fallait adjoindre un purgatif léger, si l'on voulait agir sur le tube intestinal.

L'auteur pense que l'évonymin a une action certaine sur les fibres musculaires de l'intestin; il agit comme laxatif et cholagogue, en donnant une ou deux garde-robes quelques heures après son administration; son action est du reste assez passagère et n'est pas réveillée, si l'on cherche à augmenter les doses. On peut donc placer ce médicament à côté du podophyllin.

Il sera employé dans un certain nombre de cas où l'aloès, la scammonée pourraient offrir des inconvénients, chez des personnes sujettes à la constipation par le fait de la présence d'hémorrhoïdes, d'une affection utérine, etc., et chez lesquelles il faut éviter la congestion des organes contenus dans le petit bassin.

On l'emploie à la dose de 0, 10 à 0, 48 centigr. par jour en pilules ou en cachets. W. OETTINGER.

**Note sur l'emploi thérapeutique de la lobelia inflata, par FOURRIER** (*Bulletin de thérapeutique*, 30 *juillet* 1883).

Voici quels sont les résultats thérapeutiques obtenus par M. Fourrier avec la lobelia; il l'a expérimentée sur trois séries de malades, les asthmatiques, les phtisiques et les congestionnés.

Chez les asthmatiques, la lobelia n'a paru réellement agir d'une façon utile que chez les sujets atteints d'asthme cardiaque avec œdème des deux bases des poumons; dans l'asthme essentiel son effet a été peu accusé. Dans le premier cas les crises se sont calmées et surtout éloignées; la lobelia cesse seulement d'agir lorsque le cœur droit est atteint et que la circulation générale du système nerveux est complètement embarrassée.

Chez les tuberculeux les accès de suffocation ont pu dans bien des cas être calmés par l'action de la lobelia sur l'élément nerveux qui vient si souvent compliquer l'affection principale.

Enfin chez deux malades, un cardiaque à forme pulmonaire et une puerpérale présentant une congestion généralisée des deux poumons, la lobelia a encore eu d'heureux effets.

L'auteur pense que dans ces divers cas la lobelia a agi directement sur le système nerveux, en régularisant les fonctions non seulement du pneumogastrique, mais du grand sympathique. W. OETTINGER.

**La stricnina nella paralisi infantile cronica, par PETRONE** (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, *fasc.* 1, 1883.)

Petrone rapporte deux observations de paralysie infantile dans lesquelles il a obtenu d'excellents effets de l'emploi de la strychnine.

Un enfant de 5 ans, hémiparaplégique droit depuis l'âge de 13 mois, traité infructueusement par l'électricité faradique et galvanique, l'hydrothérapie, les

massages, etc..., est soumis le 15 février, à l'action de la strychnine (1 centig. pour 20 pilules, deux par jour). Le 25 avril, le traitement avait donné des résultats tels, qu'on pouvait l'abandonner.

Un autre enfant de 4 ans, hémiparaplégique gauche depuis l'âge de 15 mois, est soumis au même traitement le 10 mars 1882, et le 10 mai, l'amélioration était assez marquée pour qu'on pût le cesser.

L'auteur cite un fait de même ordre dans lequel Heuberger a obtenu aussi la guérison dans un cas datant de trois ans. L'auteur explique cette heureuse influence de la strychnine par l'action stimulante spéciale qu'elle exerce sur les cellules des cornes antérieures de la moelle. F. BALZER.

**Ueber die schlafmachende Wirkung des Paraldehyd (Effets soporifiques du paraldéhyde), par Jos. PERETTI** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 40, *p.* 609, 1er *octobre* 1883).

On prépare le paraldéhyde en faisant agir sur l'aldéhyde, à la température ordinaire, les acides chlorhydrique, sulfurique, sulfureux, etc.

C'est un liquide incolore, à odeur rappelant celle du chloroforme et à saveur acre.

A la suite de Cervello (*R. S. M.*, XXI, 487), Peretti l'a administré à 4 personnes saines et à 32 aliénés de l'asile d'Andernach, sous forme de solution aqueuse à 4 0/0, édulcorée avec du sucre. On obtient ainsi une potion que les maniaques eux-mêmes acceptent et dont le goût se rapproche de la menthe poivrée. Les doses quotidiennes ont varié de 2 à 8 grammes sans que jamais il y ait eu de phénomènes accessoires inquiétants.

Une dose de 3 à 6 grammes suffit, à n'importe quelle heure de la journée, pour amener, au bout de peu de minutes, un profond sommeil qui dure de 2 à 4 heures, est parfaitement calme et suivi d'un réveil nullement désagréable.

Pendant ce sommeil, la respiration diminue à peine de fréquence, de même que le pouls qui reste régulier et égal, tout en offrant une tendance au dicrotisme, déterminée par la disparition de la première des deux élévations normales du tracé de descente. Cette diminution de l'élasticité artérielle persiste, en s'atténuant, 24 heures. La température ne fléchit que de quelques dixièmes; les pupilles n'offrent aucune modification.

Même à la suite d'un usage prolongé, le paraldéhyde ne provoque aucun trouble digestif, aucun phénomène d'intoxication. On peut le donner sans crainte aux vieillards, aux paralytiques, aux personnes atteintes d'affections cardiaques.

En résumé, le paraldéhyde est un excellent hypnotique qui a sur le chloral les avantages suivants : son innocuité pour le cœur, l'absence de tout effet d'accumulation dans l'organisme, la production rapide du sommeil sans phase préalable d'excitation ou de congestion et sans aucune incommodité consécutive.

Son principal inconvénient est la prompte accoutumance de l'organisme qui oblige à augmenter les doses. Un autre inconvénient, qui peut avoir parfois son importance, c'est que 24 heures après l'ingestion on reconnaît encore son odeur douceâtre dans l'haleine du malade qui en a pris et qu'il suffit d'une seule personne qui ait ingéré le soir du paral-

déhyde, pour rendre désagréable toute la nuit, l'atmosphère d'une salle de malades. J. B.

**I et II. — Ueber die therapeutische Anwendung des Chinolinum tartaricum, par BRIEGER et par HILLER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 7, *p.* 109, 13 *février* 1882).

**III. — Le tartrate de quinoline comme fébrifuge, par E. DE LA HARPE** (*Revue médicale de la Suisse romande, II,* 326, *juin* 1882).

**IV. — Das Chinolinum tartaricum, das neue Ersatzmittel des Chinins als Heilmittel gegen den Keuchhusten (Du tartrate de quinoline, comme succédané de la quinine dans la coqueluche), par G. KOCH** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 13, *p.* 198, 27 *mars* 1882).

I. — C'est Donath (*R. S. M.*, XXI p. 111) qui a préconisé le tartrate de quinoline comme fébrifuge et antiseptique. Brieger en a fait prendre, sans succès, plusieurs doses journalières de 1 ou 2 grammes, à des typhoïdiques, des pneumoniques et des rhumatisants.

Chez les malades atteints de fièvre intermittente seulement, il a coupé les accès, mais moins sûrement que la quinine. Toutefois, comme son prix est 5 fois moindre, il trouvera peut-être là son indication, dans la médecine des pauvres.

Malheureusement, il donne souvent lieu à des vomissements.

II. — Hiller insiste sur la difficulté de son emploi, tenant à la fois à son peu de solubilité et à sa saveur désagréable. Il l'administre à l'intérieur, soit en solution au centième, soit surtout en poudre dans du pain à chanter.

La moitié des malades l'ont vomi et dès le 2e jour se sont refusés à en prendre.

Dans la fièvre typhoïde, à la dose de 1gr 5, à 2 grammes, il n'abaisse généralement la température que de quelques dixièmes et jamais au delà de 8 dixièmes.

Il est inefficace dans la pneumonie et le rhumatisme articulaire. Hiller ne l'a pas essayé dans la fièvre intermittente.

Il ne peut être administré en injections sous-cutanées, à cause des doses considérables qui seraient nécessaires.

Administré en lavement, dans une solution saturée à chaud au vingtième, il a nettement agi comme antipyrétique dans plusieurs cas de fièvre typhoïde, mais souvent, pendant l'administration même du lavement, le médicament se sépare de la solution refroidie.

Hiller n'a noté aucun signe d'intoxication, tels que vertiges ou bourdonnements d'oreille.

III. — De la Harpe l'a fait prendre, par cachets de 50 centigrammes, 2 à 4 fois par jour, sans voir de phénomènes d'intolérance; il n'a noté que des nausées et pas de vomissements.

Dans la plupart des cas, les tracés montrent une action antipyrétique très marquée; il n'y a eu d'exception que pour un phtisique chez lequel le salicylate de soude n'avait pas été plus efficace.

IV. — Koch, après l'avoir essayé sur une centaine de coquelucheux, ne lui reconnaît aucune infériorité sur la quinine, c'est-à-dire qu'il ne tarde pas à réduire notablement l'intensité des accès, puis diminue

progressivement le nombre des quintes qui perdent leur caractère typique, de façon que la coqueluche se transforme en une bronchite simple. Parfois seulement, la reprise reste sensible. J. B.

**De l'usage interne de la glycérine et de ses effets thérapeutiques, par Ch. TISNÉ** (*Thèse de Paris*, 1882).

Donnée à l'intérieur, à doses fractionnées, la glycérine ne provoque pas d'accidents toxiques; elle n'irrite pas la muqueuse intestinale et ne cause qu'une légère excitation motrice capable de combattre la constipation; elle agit d'une façon manifeste sur le foie, en augmentant le volume de cet organe, et en provoquant un flux biliaire plus abondant. Sous son influence, la quantité des urines est augmentée; la quantité absolue et relative de l'urée, des chlorures et des phosphates augmente également; elle semble jouir, en outre, de la propriété d'atténuer l'alcalinité des urines et de diminuer leur purulence dans les cas d'inflammation chronique des organes urinaires. Sans vouloir substituer la glycérine à l'huile de foie de morue, elle pourra être employée dans certains cas déterminés, lorsque ce dernier médicament ne peut être toléré par le malade, ou lorsque, au début de la tuberculose, apparaissent, en même temps que la fièvre, des poussées congestives. Dans le diabète sucré, la glycérine pourra être quelquefois utilisée, lorsque le régime azoté est mal supporté, et que l'on veut accroître les combustions respiratoires sans augmenter la production du sucre. W. ŒTTINGER.

**On some points in the pathology of anæmia and on the action of iron and arsenic, par Fr. WILLCOCKS** (*The Practitioner, juillet et août* 1883).

Observations confirmatives des recherches de M. G. Hayem sur les altérations du sang dans la chlorose et sur le mode d'action du fer.

Le travail se termine par un appendice dans lequel se trouvent des observations intéressantes qui paraissent se rapporter à l'anémie dite pernicieuse progressive. L'auteur a constaté que dans ces anémies extrêmes le sang renferme, comme M. G. Hayem l'a énoncé, des globules géants parfois assez nombreux. Il est fâcheux, toutefois, que ces éléments aient été mesurés dans le mélange du sang avec un sérum artificiel capable de les altérer (sérum de Gowers).

Dans un cas où le nombre des globules rouges était descendu à 560,000, la malade a éprouvé sous l'influence de l'arsenic une amélioration très notable; mais on ne dit pas si elle a été définitivement guérie.

L'arsenic conviendrait particulièrement aux malades chez lesquels le pouvoir de former des globules est affaibli ou à peu près éteint, tandis que le fer agit surtout chez ceux dont les globules, produits en nombre relativement grand, restent imparfaitement développés. A. M.

# PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

**I. — Nouvelle étude sur la fièvre typhoïde dans l'armée (période triennale 1877. 1878, 1879), par Léon COLIN** (*Paris*, 1882).

**II. — La fièvre typhoïde à Nantes pendant les dix dernières années** (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 *avril* 1883).

**III. — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde au Pont-d'Essey, près Nancy, par FRIOT** (*Mém. de la Soc. de méd. de Nancy*, 1881).

**IV. — Rapport sur l'étiologie d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a éclaté à Auxerre en septembre 1882, par FÉRÉOL** (*Union méd.*, 15 *mars* 1883).

**V. — Étiologie de la fièvre typhoïde dans les campagnes, par ALISON** (*Arch. gén. de médecine, I, p.* 1, 170, 307, 1880).

**VI. — De la fièvre typhoïde à la campagne, étude étiologique, par BAELDE** (*Thèse de Lille*, 1882).

**VII. — Remarques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, d'après quelques épidémies modernes, par J.-J. ANDT** (*Thèse de Lille*, 1882).

**VIII. — Note on the relative liability to enteric fever at different ages (Note sur l'aptitude relative à contracter la fièvre typhoïde suivant les âges), par Manson FRASER** (*Brit. med. journ., p.* 404, *mars* 1883).

**IX. — Ueber Abhängigkeit des Verlaufes u. s. w. (De l'influence qu'a sur l'évolution de la fièvre typhoïde l'individualité du malade), par E. WAGNER** (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXII, Heft* 3-4, *p.* 285, 1882).

**X. — Considérations générales sur l'étiologie de l'état typhoïde, par CORRE** (*Arch. de méd. nav., n°* 9, *p.* 175-217, 1881).

**XI. — Remarques sur certaines causes de fièvre, par C.-A. GORDON** (*Med. Times and Gaz.*, 24 *septembre* 1881).

**XII. — Ueber eine Haus-Epidemie von Abdominaltyphus, par HEUSNER** (*Deuts. med. Woch., n°* 45, 1882).

I. — La nouvelle étude du professeur Colin sur la fièvre typhoïde dans l'armée se rapporte aux années 1877-78-79. Pendant ce temps, la mortalité par fièvre typhoïde a été de 3,77 pour 1,000 hommes présents, en 1877 ; 3,20 en 1878 ; 2,9 en 1879, au lieu de 3,74 et 3,72, chiffres des années précédentes ; en même temps la morbidité tendait à descendre au-dessous de 1 pour 100 hommes présents, chiffre qui était pour ainsi dire normal depuis cinq ans. Ce double mouvement d'amélioration paraît devoir être attribué, en partie au moins, à la généralisation de certaines mesures prophylactiques, notamment l'évacuation des casernes contaminées.

La maladie a continué à sévir dans certaines garnisons : Paris, Lyon,

Nancy, Perpignan, Le Mans, Caen, Troyes, etc.; elle s'est montrée de plus en plus dominante à mesure qu'on se rapproche du littoral méditerranéen; et ce fait est confirmé par sa fréquence en Algérie, où elle est plus commune qu'en France.

La répartition saisonnière des épidémies correspond à leur étiologie : les épidémies d'encombrement appartiennent surtout à la saison froide (à Valenciennes, en 1877; à Vannes, janvier 1878; à l'École militaire, 1879); les épidémies nées des miasmes putrides sont surtout estivales.

Plusieurs épidémies semblent indiquer la faculté de développement spontané de la fièvre typhoïde. L'épidémie du hameau de la Bordelière paraît reconnaître pour cause l'encombrement des hommes dans des chambres étroites, celle d'Uzès paraît devoir être attribuée à l'infection d'une écurie provisoire mal entretenue.

L'encombrement a joué un rôle dans l'étiologie de plusieurs autres épidémies. Les émanations fécales sont incriminées dans un bon nombre de rapports. A la caserne de la Roche-sur-Yon en particulier, on vit deux années de suite renaître une épidémie sous l'influence de la même cause : infection de la caserne par des opérations de vidange lentement et imparfaitement exécutées.

L'influence des miasmes putrides provenant des égouts, puisards, gouttières ou parquets, semble manifeste dans l'épidémie de la caserne des Ursulines à Dijon, par exemple.

L'auteur signale de nouveau la fréquence relative de la fièvre typhoïde dans les villes de garnison qui sont spécialement exposées au paludisme.

Il mentionne plusieurs cas antérieurs développés dans des salles d'hôpital (6 à Montmédy, 9 à Nancy, etc.) A l'hôpital de Rennes dix infirmiers sur trente furent atteints en deux mois, à une époque où les typhiques étaient très nombreux à l'hôpital.

Les exemples de transmission par l'eau sont peu nombreux et ne sont pas très démonstratifs.

En regard des conditions d'insalubrité propres aux casernes, le professeur signale l'importance des influences typhoïgènes d'origine urbaine. Le défaut commun et parfois capital des casernes, c'est d'être immergées dans l'atmosphère d'une ville favorable à l'entretien des germes typhoïdes et d'y concentrer des groupes de sujets arrivés à la période de réceptivité maximum de cette infection. C'est ce que démontre l'étude des épidémies militaires dans beaucoup de grandes villes.

Dans la prophylaxie, il faut donc se préoccuper non seulement des conditions hygiéniques propres à la caserne, mais aussi des conditions d'insalubrité qui appartiennent aux villes de garnison et sont communes à l'ensemble de la population.

L'évacuation des casernes contaminées, soit par elles-mêmes, soit par l'atmosphère urbaine, est la mesure la plus efficace que l'on puisse opposer aux progrès de l'épidémie. G. HOMOLLE.

II. — Du 1er janvier 1873 au 31 décembre 1882, 1,875 cas de fièvre typhoïde, ont été traités à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Le nombre des décès a été de 307, ou 18,2 0/0. La mortalité a varié entre 8,8 0/0, avec 228 cas, en 1881, et 26,3 0/0, avec 145 cas en 1875. Le nombre des malades traités a varié entre 78, en 1879, et 300, en 1876.

III. — Pont-d'Essey est bâti le long d'une route nationale, bordée par deux fossés destinés à recevoir les eaux pluviales. Celui de gauche reçoit les eaux de la fontaine de Saint-Max, les eaux ménagères de vingt-cinq maisons environ, le sang de l'abattoir d'un boucher, l'urine et souvent les fèces des habitants du village.

Au mois d'août, le moment où éclata l'épidémie fut celui où les eaux de la fontaine Saint-Max furent utilisées pour irriguer des prairies, et le fossé donna lieu à des émanations fétides.

Sur une population de 250 âmes, trente-deux habitants furent malades, dont vingt-neuf demeuraient dans les vingt-cinq maisons dont les fenêtres s'ouvraient sur le fossé, trois seulement de l'autre côté de la route; les maisons les plus rapprochées de l'abattoir ont été les plus éprouvées; dans l'une quatre personnes atteintes sur sept, dans une autre trois sur quatre.

L'épidémie a duré du 10 avril au 27 décembre.

Il y eut trois cas de mort, deux de rechute.

L'auteur apprit plus tard que dans le courant de juillet il y avait eu deux personnes atteintes de la fièvre typhoïde à Saint-Max, et que le linge de ces deux malades avait été lavé à la fontaine de Saint-Max dont les eaux traversaient ensuite le Pont-d'Essey.

IV. — L'épidémie d'Auxerre a fait l'objet d'un mémoire intéressant de Dionis des Carrières, dont voici le résumé : Auxerre, ville de 16,000 âmes, dont la mortalité moyenne ne dépasse pas le chiffre de huit décès par semaine, et où l'année précédente la fièvre typhoïde n'avait causé que deux décès, fut le théâtre d'une épidémie qui en deux mois et demi frappa 800 personnes, dont 92 moururent. Dionis remarqua qu'elle se cantonna dans le périmètre de distribution des eaux d'une vieille source dite de Vallan. Or cette source jaillit dans une cour de ferme, à deux mètres en contre-bas d'un fumier sur lequel du 15 au 24 avril on jeta les déjections d'un typhoïdique. Dionis s'assura, en jetant sur ce même fumier de l'eau colorée par l'aniline, que la filtration s'opérait aisément et venait altérer l'eau d'une petite source voisine. Comme particularités on peut citer le fait de la prison, alimentée par les eaux suspectées, qui fournit quatorze malades, tandis que la caserne et l'asile d'aliénés, situés de chaque côté, et alimentés d'une autre eau restent indemnes. Au milieu du quartier le plus éprouvé, est une ruelle habitée par 60 vignerons, qui boivent l'eau d'un puits commun, aucun n'est malade. H. L.

V. — Alison a fait, dans la circonscription médicale de Baccarat, des observations très intéressantes qui empruntent une grande valeur à la méthode suivie dans la recherche et la critique des faits.

De 1870 à 1878, 21 communes sur 27 ont été envahies par la fièvre typhoïde; sur 15,000 habitants, il y a eu 1,202 cas de maladie et 124 décès. La fièvre typhoïde a formé 49 foyers qu'on peut répartir ainsi : 9 épidémies généralisées, 22 foyers circonscrits, 18 cas isolés.

Étudiant successivement les conditions qui ont présidé à la formation de ces foyers infectieux, l'auteur démontre que, 33 fois, la contagion est intervenue d'une façon manifeste, et qu'elle est presque certaine, quoique moins évidente, dans les 16 autres cas. Elle paraît avoir été presque seule en cause dans 19 cas; dans 12 autres, son action était associée à celle des conditions individuelles prédisposantes et des miasmes putrides; dans les 18 derniers, les influences individuelles et les conditions d'infection locale ont paru jouer le rôle déterminant.

Dans un bon nombre de communes, exemptes de fièvre typhoïde depuis

cinq, dix, vingt ans, la fièvre a été manifestement importée par un malade, un convalescent ou par un sujet qui avait pris la contagion dans un foyer d'infection.

Plusieurs faits démontrent qu'il a suffi d'un séjour de quelques heures dans un milieu infectieux pour déterminer la maladie. Il est expressément indiqué, dans quatre ou cinq observations, que les premiers symptômes prodromiques se sont manifestés le lendemain ou le surlendemain du jour où le sujet avait été exposé à la contagion.

La maladie confirmée a éclaté huit, dix, douze, quinze jours et plus, après la date certaine ou probable de la contamination. Dans un cas, plus de vingt personnes furent, presque en même temps, atteintes, quinze jours après le curage d'un fossé où avaient été jetées, en aval, les déjections de plusieurs typhiques.

Les faits recueillis par Alison tendent à démontrer la persistance d'activité du contage pendant un très long temps; plusieurs observations ont trait à la réapparition du mal, cinq, dix, seize mois après le dernier cas, dans la maison ou la chambre qu'avait habitée un typhique. Deux sont surtout remarquables : une femme tomba malade, après avoir procédé au curage d'une fosse d'aisances, qui avait reçu les déjections d'un typhique quatre mois et demi auparavant; une misérable chaumière est abandonnée le 24 décembre, lorsque celui qui y demeurait succombe à la fièvre typhoïde; elle est habitée de nouveau, à partir du 25 avril, et le nouvel hôte prend la fièvre le 1er septembre (huit mois après la mort du dernier); toutes les causes autres que l'infection locale paraissent pouvoir être exclues.

L'eau potable, souillée par des infiltrations et renfermant sans doute le contage spécifique, peut être incriminée dans quelques cas, mais certainement pas dans tous.

VI. — La partie originale du travail de Baelde est la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui régna dans les communes de Marcq-en-Barœul et de Marquette, à peu de distance de Lille, dans les années 1879 à 1882.

L'observation des faits a conduit l'auteur à distinguer dans l'épidémie deux périodes successives : l'une de spontanéité (novembre 1878 à avril 1879), l'autre de propagation. Pendant la première période, apparaissent sur plusieurs points distants et sans relations directes, de petits foyers circonscrits; la seule condition commune à ces divers foyers est l'altération putride des eaux potables (puits ouverts, non étanchés, recevant des eaux souillées par toutes sortes d'immondices), sans intervention reconnaissable d'un élément typhoïdique antécédent ou importé.

Dans la période de propagation, un foyer nouveau se constitue peut-être après importation et dans des conditions de putridité comparables à celles qui ont présidé à l'apparition des premiers; mais au lieu de s'éteindre sur place, l'infection s'étend de maison en maison à une série nombreuse de personnes ayant eu toutes des relations avec le milieu infecté.

L'auteur pense que dans la première phase de l'épidémie l'eau de boisson a été l'agent infectieux, sans qu'il fût possible de découvrir de cause spécifique autre que celle d'un sol humide et en putréfaction. Dans la seconde, une première série de cas infectants deviennent l'ori-

gine d'une intoxication secondaire des eaux potables qui constituent l'agent de propagation.

Dans les deux périodes, l'élément putride joue le rôle principal, soit par la conservation du miasme, soit par sa propagation.

VII. — Après avoir passé en revue les diverses théories pathogéniques par lesquelles on s'est proposé d'expliquer l'étiologie et la propagation de la fièvre typhoïde, l'auteur signale quelques épidémies (Pontgouin, Avesnes, Tunisie) pour lesquelles, pense-t-il, ces théories ne peuvent être invoquées.

Il recherche alors une condition plus générale, qui intervienne dans tous les cas et une formule étiologique qui s'applique également à tous. La pathogénie qu'il admet est conforme aux doctrines de son maître, le professeur Arnould.

La fièvre typhoïde, maladie infectieuse et probablement parasitaire, n'est jamais spontanée. Le parasite qui lui donne naissance, bien que venu du dehors, s'est humanisé en quelque sorte ; il peut, en émanant de l'homme, devenir un agent de contamination immédiate ; l'air, l'eau, les aliments, etc., lui servent de véhicules.

Divers milieux, spécialement le sol et les masses fécales putrides, sont aptes à conserver les germes ; mais l'homme sain lui-même semble être parfois ce milieu de conservation, et tout individu ayant vécu dans un centre épidémique porte avec lui des germes, qui restent inertes jusqu'à ce qu'ils puissent, à la faveur de certaines conditions, redevenir actifs. La fièvre, sans être spontanée, est alors véritablement autochthone.

Il est rare que la réceptivité simple (ou absence d'atteinte antécédente) suffise pour que l'organisme fournisse un milieu adéquat à l'évolution des germes parasitaires, il faut que cette réceptivité soit surexcitée par diverses circonstances, dont l'effet commun est la dépression des fonctions de nutrition (atmosphère putride, usage d'eaux impures ou d'aliments corrompus, surmenage, influences atmosphériques excessives, etc).

Il semble que dans notre siècle, l'agent infectieux trouve des conditions de développement et de pullulation particulièrement favorables et qu'il traverse en quelque sorte une phase de végétation particulièrement active.

Comme mesures prophylactiques, l'auteur énumère à peu près toutes les conditions d'une bonne hygiène. G. HOMOLLE.

VIII. — Le travail de Manson Fraser est basé : 1° sur le nombre des admissions de typhiques dans les hôpitaux de Londres depuis 10 ans ; 2° sur le nombre de personnes vivantes aux différents âges, comparées à la population totale de Londres d'après le dernier recensement. Les résultats sont inscrits sous forme d'une courbe graphique qui montre : que la proportion de typhiques va s'élevant assez rapidement de 1 à 7 ans, très rapidement de 7 à 15 pour atteindre son maximum entre 16 et 17 ans : à partir de cet âge, il y a décroissance rapide jusqu'à 24 ans, où le nombre des typhiques est égal à celui des enfants de 12 ans (résultat assez inattendu) puis décroissance progressive jusqu'à 30 ans. A partir de 35 ans, et surtout au-dessus de 40 ans il n'y a pas plus de typhiques que parmi les enfants de deux ans chez qui la maladie est fort rare, comme on le sait. H. R.

IX. — E. Wagner s'attache à montrer par des observations comparées que l'évolution de la fièvre typhoïde est sensiblement modifiée par l'idiosyncrasie des malades. Pour cela il réunit par groupes les individus qui, appartenant à la même famille, ont été atteints par une même épidémie, ou ceux qui, sans être parents, ont été atteints vers la même époque, dans des conditions analogues. On observe dans la symptomatologie des variations qui peuvent s'expliquer par la prédisposition personnelle, le mode d'infection, la qualité du contage. Parmi ces facteurs, la prédisposition individuelle tient une place importante. Elle peut servir à expliquer l'invasion de certaines manifestations, les accidents nerveux par exemple. A. M.

X. — Corre expose les critiques et reproches auxquels ont donné lieu les travaux qui tendent à établir la nature parasitaire des affections typhiques. La théorie chimique le satisfait mieux, et « frappé de l'analogie « remarquable qui existe entre l'empoisonnement produit par quelques « ptomaïnes ou les matières putrides qui leur doivent leur toxicité, et les « formes cliniques désignées sous les épithètes de septicémiques, de « typhiques et de pestilentielles », il pense « que déjà l'on peut entre- « voir le moment où des observateurs, sans idées préconçues, libres de « toute entrave systématique, se demanderont s'il n'y a pas lieu d'établir « une série morbide des maladies infectieuses, parallèle à la série chi- « mique des alcaloïdes ptomaïques, chaque jour mieux déterminés, malgré « leur défaut de fixité et leurs variétés infinies .» Z.

XI. — Les conclusions de C.-A. Gordon sont les suivantes :

La fièvre typhoïde peut se produire en l'absence d'un poison spécicifique.

Les fièvres, même les plus graves, peuvent naître spontanément. Elles résultent alors d'une altération des fonctions du corps.

L'existence d'un poison spécifique, capable d'engendrer la fièvre typhoïde, est une hypothèse.

Mais dans le cas où des recherches ultérieures démontreraient que certains microbes particuliers existent dans les organes, il faudrait admettre que ces microbes naissent sous l'influence des mêmes causes que la maladie dans le cours de laquelle ils se développent. J.-B. H.

XII. — La maison des indigents et orphelins de Barmen a été le théâtre d'une épidémie locale de fièvre typhoïde dont l'étiologie est très nette. Le bâtiment situé sur le versant d'une colline se compose de deux corps distincts, l'un réservé aux 70 indigents et au personnel de la direction, l'autre plus récemment construit moins important, contenant les salles d'école et les dortoirs pour 70 orphelins. Ceux-ci ne séjournent dans les locaux scolaires que pendant les heures de classe ; ils passent le reste de la journée dans le premier corps de bâtiment où ils ont des salles de travail et de réfectoire.

Pendant qu'on réparait ces salles, on dut reléguer les enfants dans l'école à partir du 19 juin. Dès le 26 juin plusieurs cas de fièvre typhoïde se manifestèrent parmi eux ; il y eut en tout 28 malades dont quelques-uns gravement atteints et un seul mortellement. Les 3 derniers cas notés apparurent les 12 et 13 juillet et le 2 août. Chose remarquable, parmi les 70 indigents et les onze personnes habitant le vieux corps de bâtiment, il n'y eut pas un seul cas de fièvre typhoïde !

Voici la cause de l'épidémie : la salle d'école où les enfants furent trop longtemps confinés était située au rez-de-chaussée et le plancher très humide, à 1 pied 1/2 du sol, sans cave. Or dans les derniers temps il y avait eu de grandes pluies ; mais, circonstance plus grave, il existait au-dessus de la maison, à 8 pieds du bâtiment, une fosse d'aisances dont le ciment avait perdu son imperméabilité. La déclivité du terrain favorisait la progression des liquides filtrants jusque dans le sol du local scolaire ; il s'en dégagea des odeurs infectes quand on dut y creuser une cave.

Les malades étant soignés à l'hôpital, on vit là plusieurs cas de contagion ultérieure, deux chez des sujets en traitement et quatre dans le personnel.

L. GALLIARD.

I. — **Étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde, par Jules ARNOULD** (*Annales d'hygiène publique et de méd. lég.*, 3e *série, VIII*, 202, 330, 435 *et* 514, *septembre, octobre, novembre et décembre* 1882).

II. — **The contagiousness of typhoid fever, par COLLIE** (*Sanitary Record, n°* 280, *p.* 277, *janvier* 1881).

III. — **The infectiousness of typhoid fever, par Hugh DAVIES** (*Idem, n°* 285, *p.* 480, *juin* 1881).

IV. — **Typhoid fever and polluted water, par G.-H. FOSBROKE** (*Idem, n°* 280, *p.* 251, *janvier* 1881).

V. — **Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde, par Léon BARADUC** (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, III*, 27, *janvier* 1881).

VI. — **Typhoid fever caused by artificial drinks (Épidémie de fièvre typhoïde causée par des boissons artificielles), par G.-H. FOSBROKE** (*Sanit. Record, n°* 303, *p.* 259, *décembre* 1882).

VII. — **Die Typhus-Epidemie im A...'Schen Gute zu Hohburg, während der Jahre 1874-1879, par BUTTER** (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitaetswesen, nouv. série, XXXVIII*, 288, *avril* 1883).

VIII. — **Ueber die Aetiologie der in den Monaten August bis October vorigen Jahres in Marburg aufgetretenem Typhus-Epidemie, par HORSTMANN et par von HEUSINGER** (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 27, *p.* 420, 1882).

IX. — **Une épidémie de fièvre typhoïde au Havre, par GIBERT** (*Rev. d'hyg. et de pol. sanit., III*, 732, *septembre* 1881).

X. — **A propos de l'épidémie régnante à Nancy, par LALLEMANT** (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 3e *série, VII*, 198, *février* 1882).

XI. — **Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Nancy en décembre 1881 et en janvier 1882, par L. POINCARÉ** (*Idem, p.* 465, *juin* 1882).

XII. — **Aperçu général sur les causes de la fièvre typhoïde à Lausanne dans les vingt dernières années, par DE CÉRENVILLE** (*Revue méd. de la Suisse romande, II*, 630, *décembre* 1882).

XIII. — **La fièvre typhoïde à Neuchâtel de 1801 à 1882, par NICOLAS** (*Idem, III*, 439, *juillet* 1883).

XIV. — **De la fréquence de la fièvre typhoïde à Paris pendant la période de 1865-1882, par Jacques BERTILLON** (*Thèse de Paris, n°* 136, 1883).

**XV. — Instruction du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine sur les précautions à prendre concernant la fièvre typhoïde** (*Ann. d'hyg. publ.*, 3e *série, VIII*, 586, *décembre* 1882).

**XVI. — Instruction sur les mesures de désinfection à prendre dans les services hospitaliers au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde** (*Rev. d'hyg. et de pol. sanit., IV*, 944, *novembre* 1882).

**XVII. — Die sanitaetspolizeiliche Prophylaxe des Abdominaltyphus, par A. WERNICH** (*Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 15, *p.* 221, 9 *avril* 1883).

**XVIII. — La fièvre typhoïde à Bruxelles, par JANSSENS** (*Ann. d'hyg. publ.*, 3e *série, IX*, 294, *mars* 1883).

I. — Le mémoire de M. Arnould, très érudit, expose bien l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Voici un sommaire des conclusions qui le terminent.

La fièvre typhoïde n'est ni spontanée ni engendrée par l'action banale des agents extérieurs. Il est rationnel de la compter au nombre des maladies parasitaires.

Les milieux de conservation et de reproduction de l'agent typhogène sont : *a*) le sol; *b*) l'eau; *c*) l'air; *d*) l'homme et les objets à son usage; *e*) les aliments, l'eau et le lait.

La nature des épidémies typhoïdes nées de l'usage de viandes altérées, reste douteuse, car l'existence de la fièvre typhoïde chez les animaux n'est pas encore démontrée.

La marche d'un grand nombre d'épidémies qui débutent par des embarras gastriques et des diarrhées, l'influence décisive de circonstances extérieures, vulgaires, sur l'éclosion de certains cas de fièvre typhoïde, les épidémies nées à distance, sous le rapport du temps et de l'espace, de tout foyer et sans importation apparente, sont autant de faits qui portent l'auteur à croire que l'homme lui-même peut véhiculer, dans ses voies digestives ou respiratoires, l'agent typhogène, à l'état latent.

La réceptivité pour la fièvre typhoïde est complexe, au lieu d'être simple comme pour la variole.

La fièvre typhoïde semble avoir remplacé les maladies populaires d'autrefois, spécialement la peste et le typhus. Elle règne sur toutes les classes, à la ville et à la campagne, sur toutes les races d'hommes et sous toutes les latitudes.

II. — Dans son dernier compte rendu sur l'hôpital des fiévreux d'Homerton, Collie rapporte un certain nombre de cas de fièvre typhoïde survenus parmi les infirmières. Jadis adversaire de la contagiosité de cette maladie et partisan du rôle essentiel des émanations d'égout, il se voit forcé maintenant d'abandonner cette dernière opinion pour se rallier à la première. En effet, à l'exception d'une seule, toutes les infirmières atteintes se trouvaient en contact direct avec les malades, tandis que celles qui étaient exposées uniquement à la contagion par l'air des égouts, sont demeurées indemnes.

Mais, en outre du contact direct avec les malades, une autre condition semble nécessaire; c'est un âge inférieur à 30 ans. Depuis 10 ans, Collie n'a observé qu'un cas de contagion parmi les infirmières plus âgées. C'est là sans doute la raison de leur immunité relative dans certains hôpitaux.

III. — L'auteur, inspecteur sanitaire d'un district rural (Wrexham) relate une série de faits observés dans des habitations isolées et qui montrent le caractère contagieux de la fièvre typhoïde.

IV. — Epidémie de 14 cas, survenus dans un îlot de 8 cottages, à Green-Lane-Shedley.

Le premier fait qui attira l'attention fut le décès d'une femme de 31 ans, survenu le 29 novembre; chez elle, les symptômes de la maladie étaient mal dessinés. Mais on apprit que vers le 15 octobre déjà, un garçon de 15 ans avait eu une fièvre typhoïde si bénigne qu'on n'avait pas appelé de médecin.

Dans le mois de novembre, le frère et la sœur de ce petit malade sont atteints à leur tour.

Pendant la première semaine de décembre, se produisent 6 autres cas et enfin les 4 derniers dans le reste du mois.

Fosbroke surprit les habitants des 8 maisonnettes atteintes, au moment où ils allaient vider leurs vases dans le jardin, immédiatement au-dessus du puits d'eau potable. Comme il obtint l'aveu que les déjections du premier malade y avaient été également jetées, c'était évidemment la cause de l'épidémie.

V. — Relation de deux épidémies typhoïdes survenues dans de petites localités du Puy-de-Dôme, à la suite de la pollution de l'eau potable par des déjections spécifiques.

1re épidémie à la Côte, village de 10 maisons; malgré de détestables conditions d'hygiène et de propreté, jamais on n'y avait entendu parler de fièvre typhoïde. Un puits à ras terre, situé à la partie la plus déclive du village, fournit l'eau potable de toute la population. En 1876, dans la maison, la plus proche du puits, apparaît un premier cas de fièvre typhoïde chez une petite fille qui était tombée malade 15 jours après son retour d'un villlage fort éloigné, où elle était allée voir un parent atteint de la maladie. Cette enfant qui eut presque en permanence une diarrhée colliquative, succomba le 35e jour. On vidait les déjections et on lavait le linge sale de la malade à côté du puits.

En moins de deux mois, 16 des 41 habitants du village contractèrent la fièvre typhoïde.

Dans cette épidémie, la mortalité fut de 8 0/0 et l'incubation généralement de 15 jours.

2e épidémie aux Monts, en 1870. Ce village qui n'avait jamais été visité par la fièvre typhoïde est divisé en deux agglomérations séparées par une distance de 140 mètres, sur le versant d'une colline; l'eau potable est différente pour les deux groupes d'habitants.

En novembre 1878, apparurent chez des enfants du village d'en haut, 2 cas de fièvre typhoïde qui furent les seuls; leur source est restée inconnue.

8 mois plus tard, débute une épidémie localisée au village d'en bas : sur 33 habitants, 14 sont atteints et 4 succombent. Des 9 maisons, 5 sont envahies; sur les 4 préservées, 3 sont occupées par des vieillards et la 4e isolée est la seule qui possède une source particulière.

Toutes les autres maisons prenaient leur eau potable dans une source dont le trop plein servait de lavoir aux deux villages et où notamment avait été lessivé le linge des deux petits malades du village d'en haut.

Baraduc réclame la déclaration obligatoire des cas de fièvre typhoïde.

VI. — En août 1882, survint à Evesham une épidémie de fièvre typhoïde; sur les 69 personnes atteintes, 46 tombèrent malades avant le 9 août. Toutes celles-ci avaient assisté le 12 juillet précédent à une course de régates et avaient pris, sauf peut-être 3, des rafraîchissements chez un limonadier-glacier du voisinage.

L'eau qui servait à la fabrication de la limonade et des glaces provenait d'un puits situé en un des points les plus bas de la ville, à une trentaine de pieds d'un égout.

L'analyse de cette eau, pratiquée un mois après la fête, a révélé une énorme quantité de matières organiques animales. Deux analyses ultérieures, faites après curage du puits, montrèrent que décidément son eau était absolument impropre à la consommation.

Ce qui semble confirmer l'origine assez singulière de cette épidémie, c'est que d'une société de 3 personnes qui assistait aux régates, les deux qui burent de la limonade furent atteintes de fièvre typhoïde, tandis que l'autre qui ne prit aucun rafraîchissement, demeura indemne.

VII. — Histoire intéressante d'une épidémie de ferme qui persista 5 ans, donnant lieu à 20 cas dûment constatés, dont 4 se terminèrent fatalement. L'autorité sanitaire saxonne prescrivit des enquêtes répétées; Birch-Hirschfeld et Fleck furent chargés d'analyser l'eau et le sol de l'habitation.

En juillet 1874, se montra, chez une servante, le premier cas dont l'origine est restée inconnue; en octobre suivant, sont frappés la fille de la maison, âgée de 20 ans et son frère aîné, âgé de 25; en novembre, l'autre frère, de 22 ans; en décembre, un valet; en janvier suivant, la maîtresse de maison; en février, un valet et une servante; en mars, un valet qui n'était à la ferme que depuis 2 mois.

En juillet, c'est le tour du fils le plus jeune qui était venu passer ses vacances à la ferme.

Voilà donc une série de 10 cas en un an, comprenant tous les habitants de la ferme, à l'exception d'une femme de 75 ans.

Malgré une désinfection minutieuse et un ensemble de précautions, 6 mois plus tard, l'épidémie recommencait :

En janvier 1876, un valet et une servante, entrés depuis peu, sont simultanément atteints; en mai, une servante, à la ferme depuis le commencement de l'année.

Malgré qu'on eût essayé de dissimuler ces faits, à la fin de mai, une première enquête fut faite sur les lieux, en présence de Birch-Hirschfeld, délégué par le conseil de salubrité saxon.

La ferme est l'habitation la plus élevée du village, à son extrémité nord. Le bâtiment d'habitation est vieux et sans caves au-dessous de lui. Au rez-de-chaussée, à l'une des extrémités, se trouve la salle commune où tout le monde prend ses repas; les parois en sont humides jusqu'à 75 centimètres au-dessus du sol. Deux de ses 4 fenêtres donnent sur la cour dans laquelle, à un mètre et demi de distance seulement, est placé le tas de fumier qui reçoit aussi les excréments humains.

Le puits d'eau potable se trouvant à proximité de la rigole où circule le purin, on fit une analyse microscopique et chimique de l'eau dans laquelle on reconnut la présence des matières colorantes de la bile et de

l'urine ainsi que l'existence de nombreux micro-organismes. Pareil résultat fut fourni par l'analyse du liquide de la rigole et du terrain intermédiaire à cette rigole et au puits. Celui-ci fut fermé par l'autorité.

Néanmoins, 2 mois plus tard, se produisaient 3 nouveaux cas de fièvre typhoïde : le premier chez un oncle du maître de ferme, âgé de 52 ans et habitant un village à une demi-lieue de distance où il n'y avait pas de fièvre typhoïde. Mais dans le mois de juin, il était venu visiter à différentes reprises son neveu et était demeuré tout le temps de ses visites qui duraient plusieurs heures, dans la salle commune. En même temps, étaient atteints 2 charpentiers habitant 2 localités différentes exemptes aussi de fièvre typhoïde, mais qui avaient travaillé 3 semaines à la ferme et pris leurs repas dans la salle commune.

Pendant les années 1877 et 1878, aucun cas ne parvint à la connaissance des autorités, mais l'enquête ultérieure établit qu'en février 1878, 2 valets, entrés à la ferme le mois précédent, éprouvèrent, durant plusieurs semaines, de l'abattement, de l'inappétence, de la céphalalgie et des frissons le soir; cependant ils ne s'alitèrent pas.

Enfin, en février 1879, furent simultanément atteintes de fièvre typhoïde, la jeune femme du propriétaire, arrivée à la ferme en novembre précédent et une servante qui n'était à son service que depuis un mois.

Cette fois-ci, l'enquête sanitaire visa uniquement le sol et spécialement celui de la salle commune qui paraissait être le foyer endémique. Fleck le trouva pollué de matières animales et de micro-organismes, ce qui s'expliquait suffisamment par le voisinage immédiat du fumier.

Le maître de la ferme se décida à faire enlever le plancher de cette salle commune et les vieux matériaux de remplissage qui se trouvaient en dessous. On cimenta le mur du côté du fumier, on établit une couche isolante en argile battue et on posa par-dessus un remplissage et un plancher neufs.

Depuis lors, 2 ans se sont écoulés, sans que la maladie ait reparu.

VIII. — D'août à octobre 1880, la ville de Marbourg a été le théâtre d'une petite épidémie de 48 cas de fièvre typhoïde, occasionnant 4 décès, et atteignant presque exclusivement les enfants des écoles. *Horstmann*, considérant que les bâtiments scolaires sont placés sur un sol au-dessous duquel circulent les égouts défectueux des hauts quartiers; qu'un automne sec et chaud a succédé à un été humide, met en relation le développement de cette épidémie avec l'abaissement de la nappe souterraine.

Les travaux de canalisation, effectués à la même époque dans la ville, lui paraissent hors de cause, parce qu'aucun des ouvriers terrassiers, parmi lesquels se trouvaient des adolescents de 14 à 16 ans, n'a été atteint.

*Von Heusinger* est d'un avis contraire. Les enfants frappés par l'épidémie, fréquentaient des écoles différentes et habitaient des quartiers divers. L'enquête n'a révélé aucune cause d'insalubrité, ni dans les bâtiments scolaires, ni dans les domiciles des malades.

D'autre part, dans un grand nombre de rues, on pratiquait des fouilles pour la pose de conduites d'eau, et les travaux mettaient au jour d'anciens égouts, renfermant des matières extrêmement fétides qu'on ne s'empressait pas toujours d'enlever. Or, les écoliers fréquentaient avec prédilection ces endroits et jouaient avec l'eau sale. Il semble donc que

ce soit là l'origine de l'épidémie. Toutefois l'immunité des terrassiers reste singulière.

IX. — Une épidémie plus intense qu'aucune de celles observées antérieurement a ravagé le Havre de septembre 1880 à janvier 1881, occasionnant près de 200 décès. Elle a sévi dans le quartier réputé le plus sain, qui commence à la côte d'Ingouville et se compose d'une succession de villas isolées par des jardins et habitées par des familles aisées.

Ici toutes les causes communes de la fièvre typhoïde semblaient faire défaut : eau potable excellente ; lait fourni par des laitiers différents et provenant de campagnes n'ayant pas la maladie ; vidanges par fosses mobiles.

En revanche, chaque maison a un puisard pour eaux ménagères creusé dans un sol argileux, peu perméable et s'imprégnant facilement de matières organiques. Dans ces dernières années, on a construit au bas de la côte, deux réseaux d'égouts qui ont constitué des barrages s'opposant à l'écoulement des eaux provenant des parties supérieures vers la mer et ont ainsi amené une saturation du sol, qui a été cause de l'épidémie. Celle-ci a cessé à la suite d'une chute de neige considérable.

X. — Depuis 1870, la fièvre typhoïde sévit épidémiquement à Nancy. Lallemant en donne les raisons suivantes. Tandis qu'on portait à 320 litres la quantité d'eau disponible par habitant, qu'on supprimait les fosses d'aisances et qu'on prescrivait la projection des vidanges à l'égout, on ne rendait pas obligatoire l'abonnement aux eaux, de sorte que 750 maisons seulement sur 8,000 ont une concession, on ne modifiait aucunement les cabinets d'aisance et les branchements particuliers qui sont dépourvus le plus souvent de siphon ; il est même des égouts particuliers qui déversent leur contenu dans des égouts publics abandonnés.

XI. — Poincaré consacre un mémoire étendu à la même épidémie étudiée déjà par Lallemant. Elle a duré 48 jours, du 10 décembre au 27 janvier, en frappant 640 personnes.

Au point de vue clinique, le début de la maladie a été souvent anormal, tantôt par une céphalalgie occipitale périodique, tantôt par une bronchite spasmodique analogue à la grippe, tantôt par une éruption rubéoleuse de la face, du cou et des mains. Malgré une fréquence extrême des formes ataxo-adynamiques, la mortalité a été faible, mais les rechutes communes. La mortalité a été beaucoup plus grande chez les personnes qui ont quitté la ville, en période d'incubation ou en cours de maladie que chez celles qui sont restées dans le foyer d'infection.

A l'inverse de l'épidémie de 1879, celle-ci s'est presque exclusivement localisée à la ville vieille qui a compté 548 cas sur 20,911 habitants, tandis que les 55,505 de la ville neuve n'en ont fourni que 92. Le lycée et un pensionnat religieux ont eu à eux seuls 105 cas ; encore faut-il ajouter qu'après licenciement du lycée, un certain nombre d'élèves, habitant hors de Nancy, sont tombés malades à leur retour chez leurs parents.

Comme dans la précédente épidémie, on a remarqué qu'il se produisait moins de cas dans les étages élevés des maisons que dans ceux plus voisins du sol et pourtant occupés par une population plus aisée.

Les conditions météorologiques ne peuvent avoir joué de rôle dans le développement de l'épidémie, vu son cantonnement à certains quartiers.

Partisan de la spécificité et de la contagiosité de la fièvre typhoïde en

considérant sa ressemblance symptomatologique avec la trichinose, Poincaré a cherché vainement des pseudo-trichines dans les muscles de typhoïdiques. Il n'a pas été plus heureux dans la recherche d'un microbe spécial, dans les selles de 2 malades et dans le sang de 8 autres. Enfin, il a inutilement essayé de produire la lésion typique des plaques de Peyer chez des animaux auxquels il injectait du sang, des selles, on faisait boire des selles de typhoïdiques.

D'après Poincaré, le rôle étiologique principal revient à des conditions locales : égouts, éviers et eaux potables.

Le système du tout à l'égout laisse beaucoup à désirer à Nancy pour un triple motif : 1° l'absence d'eau dans la plupart des maisons; 2° la mauvaise disposition des égouts particuliers; 3° l'absence de siphons obturateurs sur la canalisation des maisons, de sorte que par les ouvertures des cuvettes et des pierres d'évier, l'atmosphère intérieure des habitations est en communication permanente avec celle des égouts.

L'influence des émanations d'éviers est démontrée non seulement par le grand nombre de domestiques atteints, mais encore par la coïncidence de l'établissement de l'endémie typhoïde à Nancy, depuis 1869, où un règlement municipal prescrit le déversement direct des eaux ménagères dans les égouts.

En 1879, l'opinion publique avait rendu responsables de l'épidémie soit le cimetière, dont les environs ont été respectés cette fois-ci, soit les eaux de puits qui ont été délaissées depuis.

La ville s'alimente maintenant d'eaux potables, d'une part au moyen de sources, distribuées surtout vers la ville vieille, d'autre part, depuis 1879, au moyen de la Moselle qui approvisionne surtout la ville neuve.

La filtration de ces 2 espèces d'eaux laisse à désirer, mais l'eau de la Moselle renferme encore plus d'animalcules microscopiques que celle des sources.

XII. — Durant la période vigésimale de 1863-1882, l'hôpital de Lausanne a reçu 960 typhoïdiques habitant la ville ou son port d'Ouchy. Jusqu'en 1872, la moyenne annuelle des admissions a été de 57; de 1873 à 1876, elle s'est élevée à 112; enfin, depuis lors, elle est tombée à 20,5 seulement.

Les cas intérieurs dus à la contagion hospitalière s'élèvent depuis 10 ans à 3,2 0/0.

Dans les années normales, le maximum de fréquence de la fièvre typhoïde tombe en été, dans les années à exacerbation épidémique, il y a des recrudescences hivernale et printanière.

Un rapport de causalité étroit relie l'accroissement passager de la fièvre typhoïde (1873-1876) et l'activité des travaux de canalisation exécutés à Lausanne. Il y a eu recrudescence de l'endémie dans toutes les années où les travaux de fouilles ont été un peu importants. Cette recrudescence a été d'autant plus marquée, que les terrains remués étaient plus fétides et siégeaient dans des régions déclives de la ville qui ont de tout temps servi à l'écoulement des eaux d'égout.

Parmi les causes permanentes de l'endémie, la nappe d'eau souterraine ne joue aucun rôle, car elle est mobile et courante, ne variant pas sensiblement de niveau.

La souillure des eaux potables des puits par les matières de vidanges

joue et surtout a joué un rôle dans certains quartiers. En voici deux exemples : Ouchy s'est longtemps alimenté d'eau d'une source provenant de terrains qui recevaient par filtration les eaux des prés sur lesquels se déversaient, de temps immémorial, les égouts d'une partie de Lausanne. A partir du moment où on remplace les eaux par celles de la ville, l'endémie a baissé rapidement à Ouchy, si bien que de 1878 à 1882, il n'a envoyé que 3 cas de fièvre typhoïde à l'hôpital, tandis qu'il en avait envoyé 63 dans les 5 années antérieures.

Une propriété située à l'ouest de Lausanne est visitée depuis plusieurs années par la fièvre typhoïde; en 1880, elle eut à subir une épidémie plus grave dont un singulier hasard vint éclairer l'origine. L'eau d'une source, amenée de plusieurs centaines de mètres, prit, un jour, un goût d'acide phénique. On apprit alors qu'une personne, habitant sur le fonds de terre d'où sortait la source, avait une fièvre typhoïde et que son médecin faisait désinfecter les latrines avec de l'acide phénique. Depuis longtemps évidemment, les matières de vidanges allaient se mêler à la source.

A l'heure actuelle, l'auteur considère, comme infiniment probable que Lausanne est désormais à l'abri de la fièvre typhoïde, grâce soit au voûtage des cours d'eau urbains qui servaient d'égouts naturels, soit surtout à l'énorme quantité d'eau mise maintenant à la disposition des habitants.

En 1865, chaque Lausannois n'avait encore que 51 litres ; aujourd'hui, il peut compter d'une part sur 240 litres d'eau potable, d'autre part sur 345 litres d'eaux pour l'industrie et l'arrosage, soit en tout 585 litres par tête pour 24 heures. L'accroissement au sextuple de l'approvisionnement d'eau a assaini Lausanne par un double mécanisme : 1° suppression des puits pollués; 2° entraînement meilleur des vidanges et des eaux ménagères par l'égout.

Un tracé graphique montre une coïncidence exacte entre l'ascension de la ligne indiquant la progression de la quantité d'eau offerte à la consommation et la chute de la courbe typhoïde.

XIII. — La fièvre typhoïde est endémique à Neuchâtel; depuis 1840 seulement, elle y apparaît aussi sous forme épidémique. La mortalité typhoïdique, calculée de 1803 à 1882, se monte à 1 pour 1,000 de la population. Mais, dans ce calcul, il a été fait abstraction des deux épidémies de 1814 et 1871 importées par des armées étrangères.

A partir de 1836, où l'eau du Seyon a été introduite dans l'alimentation, la fièvre typhoïde présente des recrudescences subites de mortalité, ce qui n'a jamais été le cas auparavant. L'opinion est unanime parmi les médecins de la ville pour incriminer l'eau potable. Le Seyon est un cours d'eau à régime torrentiel qui n'arrive à Neuchâtel qu'après avoir drainé toute la surface du Val-de-Ruz. Or, quand il y a des typhoïdiques dans cette dernière localité, on est sûr de voir une épidémie sévir à Neuchâtel.

Les bouleversements de terrain, nécessités pour la pose des conduites de gaz et d'eau, ont provoqué aussi une recrudescence de la mortalité, non pas sous forme subite, mais par l'exagération de l'endémie.

Bien que la courbe de mortalité typhoïde mensuelle présente à Neuchâtel certaines analogies avec celle de Munich, il ne peut être question ici de l'eau souterraine comme agent typhogène.

XIV. — Le titre de cette thèse n'est pas tout à fait exact; l'auteur y promet plus qu'il ne pouvait donner. Il n'avait en effet à sa disposition aucun chiffre de statistique sur la fréquence de la fièvre typhoïde à Paris, en dehors des hôpitaux. Or, à moins d'admettre, ce qui est contraire à l'expérience, que le chiffre de la mortalité typhoïdique représente une fraction constante de celui de la morbidité, on ne saurait prendre qu'approximativement le premier comme équivalent du second.

Sous le bénéfice de cette réserve, voici les résultats auxquels M. Bertillon est arrivé pour une période de 15 ans, s'étendant de 1865 à 1881 inclusivement, mais en laissant de côté les deux années de la guerre.

La mortalité typhoïdique annuelle par 100,000 habitants a oscillé entre 102 (1876) et 41 (1878). Mais la vraie moyenne des décès typhoïdes dans les années non épidémiques ne varie qu'entre 50,1 et 53,1.

De décembre à février, la mortalité typhoïde décroît progressivement d'un mois à l'autre; vers mars, et plus souvent encore vers avril, elle se relève momentanément (l'année 1874 faisant seule exception). Toujours elle atteint son minimum en juin (à l'exception de 1875). En août, la fièvre typhoïde cause déjà des décès 2 fois plus nombreux qu'en juin; au mois de septembre, la mortalité augmente encore et se maintient à des chiffres élevés pendant octobre et parfois novembre. En décembre, elle diminue toujours.

La recrudescence automnale est plus ou moins marquée, mais constante; car elle n'a manqué qu'en 1866. Les exceptions signalées ne semblent pas s'expliquer météorologiquement.

Dans les années où la fièvre devient épidémique, la mortalité s'atténue aussi en mai ou juin et augmente pendant les mois suivants, notamment en octobre. Mais l'épidémie principale ne coïncide pas toujours avec l'automne. C'est ainsi qu'en 1880 et en 1881, elle a sévi pendant l'hiver.

Depuis la guerre de 1870-71, les différences de mortalité entre les divers arrondissements parisiens tendent à être moins tranchées.

C'est le XX^e arrondissement, malgré sa grande population et son plus fort contingent d'indigents, qui compte le moins de décès. Puis vient à une assez grande distance le III^e (population aisée, mais dense), suivi par les trois arrondissements bourgeois, le IX^e, VI^e et VIII^e.

Le XII^e, plus encore le XVII^e et, par-dessus tout, le VII^e (défalcation faite de l'hôpital du Gros-Caillou) sont les arrondissements les plus frappés.

Tandis que l'épidémie de 1876 a surtout atteint les arrondissements compris dans les anciennes barrières, celles de 1880 et de 1881 ont présenté une répartition absolument différente. Dans ces deux derniers, le XVI^e arrondissement, un des plus salubres, des moins denses et des plus aisés, a été des plus frappés.

L'auteur n'a pu établir de rapport entre le chiffre de la mortalité typhoïde dans les divers arrondissements et leur degré d'aisance ou leur population spécifique.

Le plus grand nombre de décès est fourni par les âges compris entre 15 et 35 ans; à partir de 35 jusqu'au delà de 60, la proportion des morts varie peu.

Tous les âges ressentent également l'influence saisonnière et l'influence épidémique.

Les femmes, nées à Paris, offrent toujours une mortalité un peu supérieure à celle des hommes nés à Paris.

Les hommes, nés hors Paris, succombent beaucoup plus à la fièvre typhoïde que ceux nés à Paris.

Les femmes nées hors Paris, loin d'être aussi frappées que les hommes de même catégorie, ont une mortalité typhoïde absolument semblable à celle des femmes nées à Paris. C'est là sans doute un résultat de la différence des conditions d'existence : les hommes, des ouvriers vivant chichement en garni ; les femmes, des domestiques qui profitent en une certaine mesure du bien-être des familles chez qui elles servent.

M. Bertillon conclut que si l'on fait abstraction des années d'épidémies, la fièvre typhoïde n'a ni augmenté ni diminué de fréquence depuis 1866 ; en revanche, depuis trois ans, elle prend les caractères d'une épidémie.

La mortalité de la fièvre typhoïde à Paris offre deux recrudescences annuelles constantes : l'une au printemps (mars et avril) ; l'autre plus forte, en automne.

XV. — Voici les dispositions essentielles du Conseil de salubrité de la Seine :

Isolement du malade, sinon son transfert à l'hôpital. Désinfection des déjections et des latrines, avec une solution de chlorure de zinc (50 grammes par litre d'eau) ; désinfection de la literie, en la plongeant immédiatement dans une solution phéniquée (20 grammes par litre d'eau).

Pour assainir la chambre du malade après terminaison de la maladie, placer sur un bain de sable une terrine contenant quelques charbons allumés sur lesquels on met une quantité de soufre concassé, proportionnelle à la capacité de la pièce (20 grammes par mètre cube), laisser la chambre close pendant vingt-quatre heures, puis la laver à l'eau phéniquée et l'aérer pendant une semaine, au moins, avant d'y habiter.

XVI. — La commission d'hygiène des hôpitaux de Paris a prescrit pour les établissements de l'Assistance publique un ensemble de mesures de désinfection que nous résumons :

Toutes les *matières*, avant d'être jetées dans les fosses d'aisances, seront mélangées avec une solution de chlorure de zinc.

Le vase vide, on le lavera avec la même solution avant de le nettoyer à l'eau.

Dans les *salles* des malades, on fera des pulvérisations avec une liqueur phéniquée à 5 0/0 ; on lavera les parquets avec une même solution à 3 0/0. Tout balayage sera précédé du passage du linge humecté de ladite solution.

Les *vêtements* et la *literie* des malades seront purifiés par combustion de soufre.

Le retour en ville des convalescents ne devra être autorisé qu'après désinfection de leurs vêtements.

Les *cadavres* de l'amphithéâtre seront désinfectés avec une solution aqueuse de chlorure de zinc à 10 0/0, neutralisée par l'ammoniaque. Aucune pièce anatomique ne devra macérer à l'air libre.

Dans la journée, les parois de l'*amphithéâtre* et de la *salle des morts* seront aspergées à l'aide d'une pompe à main avec une solution phéniquée au vingtième.

Il est désirable que les *gens de service* changent complètement de vêtements et de linge avant de rentrer dans le dortoir. En tous cas, cette précaution devra être réglementaire pour leurs sorties en dehors de l'établissement.

Le lavage des mains sera obligatoire à l'entrée du réfectoire.

XVII.— A Berlin, depuis un certain nombre d'années, la fièvre typhoïde subit un temps d'arrêt : en 1872, on comptait 45,4 décès typhoïdiques sur 1,000 décès ; en 1881, seulement 10,4.

A Paris, du 30 septembre au 26 octobre 1882, il mourait 801 typhoïdiques, à Berlin seulement 48 dans le même laps de temps ; or, la population des deux villes est dans le rapport de 209 à 115.

L'exacerbation annuelle, d'août à octobre, continue à se produire régulièrement à Berlin, mais elle est peu marquée.

Wernich compare ensuite les mesures de prophylaxie prises à Paris, à Bade et à Berlin.

L'ordonnance berlinoise prescrit de recevoir les déjections typhoïdiques dans des vases remplis d'une solution phéniquée à 5 0/0 et défend aux malades l'usage des latrines. Les expériences de l'office sanitaire ont fait renoncer à l'emploi du chlorure de zinc.

L'ordonnance badoise interdit le déversement des matières dans les cabinets d'aisances et prescrit leur enlèvement dans des récipients bien clos et leur enfouissement.

Pour les linges, à la suite des expériences de l'office sanitaire, on se contente à Berlin de les empaqueter dans des toiles imprégnées d'une solution de savon noir, avant de les envoyer au blanchissage.

A Bade, c'est le médecin traitant qui prend en main l'assainissement de la chambre des malades.

A Berlin, on pratique un lessivage de la pièce et des meubles au savon de potasse.

Les instructions parisienne et badoise inscrivent l'isolement des malades en tête de leurs prescriptions. A Berlin, on a jugé superflu d'en faire mention, parce que l'idée de la contagiosité de la fièvre typhoïde est populaire.

Le rapport de statistique sanitaire de l'armée prussienne pour les années 1879 à 1881 suffirait à lui seul pour établir le caractère contagieux de la maladie, car sur 226 décès typhoïdiques, on compte 21 membres du personnel médical auxiliaire. soit une proportion de 9 0/0.

Si maintenant l'on compare la mortalité par affections contagieuses aiguës dans les deux capitales pendant les trois dernières années, on arrive aux résultats suivants :

Sur 100,000 habitants, il en meurt à Paris 283,8 et à Berlin seulement 238, soit 45,8 de moins par les maladies infectieuses réunies.

Le parallèle entre les deux villes est encore plus intéressant si l'on compare à part 1° les maladies telles que la rougeole, la scarlatine et la diphtérie à l'égard desquelles la police sanitaire ne peut encore instituer de mesures prophylactiques rationnelles et 2° celles telles que la variole et les typhus contre lesquelles on croit posséder des armes défensives.

En ce qui concerne les maladies du premier groupe, la diphtérie et surtout la scarlatine, Berlin se trouve dans une situation beaucoup plus fâ-

cheuse que Paris ; en effet, on y compte 205,5 décès de ce chef, tandis que Paris n'en a que 146,8.

En revanche, la variole et les typhus ne causent à Berlin que 32,5 décès, tandis qu'ils en occasionnent 137 à Paris.

Malheureusement, cette prophylaxie repose essentiellement sur la déclaration des cas. Or, un calcul de probabilité prouve qu'à Berlin, le chiffre des cas de typhoïde déclarés par les médecins à la commission sanitaire de la préfecture de police n'a été en 1879 que de 74,9 0/0, en 1880 de 57,6 et en 1881 de 65,9.

XVIII.—L'endémie typhoïde est en décroissance continue à Bruxelles. De 1864 à 1868, la mortalité mensuelle moyenne de ce chef a été de 7,5. En 1869, épidémie occasionnant 485 décès ; en 1871, nouvelle épidémie faisant 379 victimes.

Pendant la période de 1870, 1872 à 1874, la fièvre typhoïde a déterminé 7,3 décès par mois ; de 1875 à 1880, 6,5 ; en 1881, 5,7 ; en 1872, seulement 4.

Chaque fois qu'un cas de maladie infectieuse est signalé au Bureau d'hygiène de Bruxelles, il est procédé à une triple enquête. Le médecin hygiéniste du quartier visite le domicile, afin de se rendre compte des causes d'insalubrité; il s'enquiert en même temps des écoles fréquentées par les enfants de la maison, afin d'en prévenir la contamination. Il indique enfin les mesures de désinfection.

Une seconde enquête est faite simultanément par un employé du service technique, pour s'assurer tout spécialement de l'état des latrines, des égouts et des intercepteurs hydrauliques.

Enfin une dernière enquête a pour objet la composition des eaux du puits servant à l'alimentation.

Dans la presque totalité des cas, on constate un état défectueux des siphons, c'est-à-dire que le degré d'immersion est insuffisant pour s'opposer au reflux des émanations de l'égout. Dans la plupart des cas aussi, on trouve que l'eau potable est de mauvaise qualité. J. B.

I. — **Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde. Lésions des organes lymphoïdes, par Arm. SIREDEY** (*Thèse de Paris*, 1883).

II. — **Notes an typhoid fever, par Ellery STEDMAN** (*Reports of city hospital of the city of Boston*, 3e *série*, 1882).

III. — **De la fièvre typhoïde, par GRELLETY** (in-8°, *Paris*, 1883).

IV. — **De la fièvre typhoïde chez les enfants (leçons cliniques), par J. SIMON** (*Progrès médical*, *nos* 2, 3 *et suivants*, 1881).

V. — **La fièvre typhoïde chez les enfants (leçons cliniques), par J. PARROT** (*Progrès méd.*, *n°* 24, 26 *et suiv.*, 1883).

VI. — **Contribution à l'étude de la dothiénentérie chez les enfants, par E. NEURISSE** (*Thèse de Paris*, *n°* 239, 1882).

VII. — **Étude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde, par V. HUTINEL** (*Thèse d'agrégation, Paris* 1883).

VIII. — **Quelques considérations sur la rechute de la fièvre typhoïde, par BATTLE** (*Gaz. hebdom. des sc. méd. de Montpellier*, *nos* 20 à 26, 1883).

**IX. — Étude sur la fièvre typhoïde à rechutes, par E.-M.-J. MEUNIER** (*Thèse de Paris*, 1883).

**X. — Ueber Polyurie in der Reconvalescenz vom Typhus abdominalis, par SPITZ** (*Deutsche med. Woch.*, n° 8, 1882).

**XI. — De la forme apyrétique de la dothiénentérie, par BROTHIER** (*Thèse de Paris*, 1882).

**XII. — Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde, par A. MALHERBE** (*Thèse de Paris*, 1882).

**XIII. — Études sur les réflexes tendineux, dans la fièvre typhoïde, par P.-J. PLUYAUD** (*Thèse de Paris*, 1883).

**XIV. — Étude sur une variété d'exanthème survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, par P. LEMAIGRE** (*Thèse de Paris*, 1883).

**XV. — Étude sur les affections cutanées survenant dans le cours ou à la suite de la fièvre typhoïde, par A. GEFFROY** (*Thèse de Paris*, 1883).

**XVI. — De deux signes de convalescence franche dans la fièvre typhoïde, par CHAUFFARD** (*France méd.*, 4 *janvier* 1883).

**XVII.— Blutkörperzählungen, Blutfarbstoff-Bestimmungen (Numération des globules, estimation de l'hémoglobine dans la fièvre typhoïde), par Theodor ZAESLEIN** (*Inaug. Dissert., Bâle*, 1881).

I. — A. Siredey, dans un travail fort intéressant, fait une double étude analytique et synthétique des lésions des organes lymphoïdes dans la fièvre typhoïde. Dans tous ces organes, l'évolution des lésions permet de reconnaître trois périodes : la première est caractérisée par la congestion extrême des vaisseaux et la multiplication rapide des cellules; la deuxième comprend la destruction rapide des éléments de formation nouvelle et amène leur élimination par résorption dans les voies lymphatiques ou par nécrose et formation d'abcès entraînant des pertes de substance; la troisième période correspond aux différents modes de réparation ou de destruction définitive des organes.

L'affection débute par les follicules de l'intestin et par les glandes mésentériques où elle se développe par une véritable inoculation, sous l'influence de germes ingérés avec les aliments ou des boissons et absorbés par les chylifères. Le transport consécutif aux différents viscères paraît se faire par la voie des vaisseaux sanguins.

Les lésions des ganglions mésentériques sont les plus importantes, au point de vue histologique, en ce qu'elles peuvent servir de type pour la description. Il est difficile d'affirmer la subordination absolue de ces lésions à celles de l'intestin. Ces dernières sont en général plus avancées que celles des ganglions, mais on peut voir, comme dans un cas observé par A. Siredey, des ulcérations intestinales limitées au côlon coïncider avec des lésions des ganglions du mésentère.

Les glandes lymphatiques éloignées de l'intestin (g. bronchiques, axillaires, etc.) n'ont jamais présenté d'altérations analogues à celles des ganglions mésentériques.

La première période est caractérisée par une congestion très intense et par une prolifération cellulaire ; la distension des vaisseaux est portée

à un degré extrême, et cette hyperémie n'est sans doute pas étrangère à la multiplication des cellules. La seconde période est surtout remarquable par le développement des grandes cellules épithélioïdes : ces éléments n'ont rien de caractéristique, on les rencontre dans les ganglions enflammés, mais jamais en abondance, de sorte que le développement considérable de ce grand nombre de ces cellules est caractéristique de l'inflammation typhoïde.

Les blocs anhistes qu'on rencontre dans les ganglions, à la fin de la deuxième période, semblent avoir pour origine la dégénérescence vitreuse du protoplasma des cellules épithélioïdes. Les lésions cellulaires s'accompagnent d'un léger degré d'artérite.

La troisième période est marquée par le retour à l'état normal ou la sclérose du ganglion, consécutive ou non à la formation d'abcès. La sclérose s'observe même chez de jeunes sujets, et elle est chez eux plus prononcée que n'est jamais la sclérose sénile dans les ganglions du mésentère.

Il est à peu près certain que les lésions de l'intestin se font par poussées successives. On ne peut dire d'une manière générale que les lésions progressent suivant un ordre déterminé : les lésions du jéjunum, comme celles du gros intestin, semblent appartenir presque toujours à des poussées secondaires. Les plaques dures et les plaques molles représentent sans doute des phases successives de l'évolution des lésions intestinales, ces plaques molles n'étant que le premier degré de régression des plaques dures.

Les lésions des follicules sont tout à fait comparables à celles des ganglions. Les altérations des vaisseaux sont ici beaucoup plus marquées, les parois des artères sont infiltrées de cellules embryonnaires et la tunique interne prolifère; les capillaires sont ainsi oblitérés ou rétrécis et les obstacles au cours du sang jouent sans doute un rôle considérable dans la production des eschares étendues et profondes. L'ulcération des plaques reconnaît pour cause, d'autre part, la production de petits foyers caséeux formés de cellules dégénérées et d'abcès miliaires plus ou moins confluents.

Dans la rate, la congestion initiale est très intense, mais la prolifération cellulaire n'est pas aussi accentuée que dans les ganglions et les follicules de l'intestin. A la seconde période, on constate des altérations notables des parois artérielles; la gaine lymphatique est remplie de cellules et la tunique interne est hérissée de végétations, qui rétrécissent le calibre du vaisseau. Les canaux veineux présentent aussi des lésions très prononcées; les cellules fusiformes de l'endothélium sont presque partout détachées et ont subi la transformation vitreuse; les fibres arciformes sont détachées sur un grand nombre de points. Il n'est pas nécessaire de faire intervenir l'embolie pour expliquer l'oblitération des vaisseaux et la production des infarctus. On connaît mal le mode de réparation des lésions spléniques, mais il est peu probable que les voies lymphatiques soient la voie de résorption. La régression de la rate se fait beaucoup plus lentement que celle de l'intestin et des ganglions. G. H.

II. — Le nombre des malades atteints de fièvre typhoïde et reçus au Boston City hospital du 1er janvier 1871 au 1er janvier 1881 s'élève à 1,036, le nombre de décès à 186, soit 17,9 0/0. Si on ajoute 152 cas avec

32 décès pour les années 1864 à 1870, on a la proportion de 17,3 décès 0/0.

On devrait retrancher des chiffres de décès 32 moribonds, qui ont succombé dans les 24 heures qui ont suivi leur admission; la mortalité s'abaisse alors à 16 0/0. Il faut ajouter à la statistique 270 cas de fébricules et quelques cas désignés sous le nom de fièvre continue.

Les principales complications signalées sont : la pneumonie seule (45 cas avec 14 décès) ou associée avec d'autres complications (17 cas, 4 décès); un cas d'embolie pulmonaire mortelle; un pneumothorax, un cas mortel de gangrène du poumon; de nombreux cas d'otite, dont un s'accompagna d'embolie cérébrale, plusieurs cas de néphrite isolée ou associée à d'autres accidents (14 cas, 7 décès); l'hémorragie intestinale (25 cas, 14 décès); 3 cas mortels d'hémorragie gastrique; 9 cas de phlegmatia.

L'auteur rapporte sommairement 22 observations avec autopsie; deux autopsies signalent la perforation de la vésicule biliaire, sans lithiase.

L'étude comparative des divers modes de traitement dans leurs rapports avec la mortalité ne peut donner de résultats décisifs à cause de la variété de cas traités. 371 cas légers n'ont été soumis à aucun traitement déterminé et tout s'est borné à satisfaire quelques indications (29 décès, mortalité 7,8 0/0). Dans une autre série de 31 cas, légers en général, on a donné les acides minéraux (mortalité 12 0/0); dans une troisième série de 37 cas légers, on a administré le calomel et des purgatifs salins (mortalité 13, 2 0/0).

Cinquante-deux cas, graves en général, traités par le quinquina et l'acide salicylique, ont donné une mortalité de 12,5 0/0 (6 décès). Dans 87 cas très graves, on a administré les bains; il y a eu 16 morts (18,3 0/0). Enfin, dans 202 cas extrêmement graves, le principal moyen de traitement a été l'alcool (75 décès, mortalité 37,1 0/0).

La gravité de la maladie a notablement varié d'une année à l'autre : en 1871, il y a 37 cas et 8 décès; en 1878, il y a 13 cas et en 1878, 6, sans un décès.

La fréquence et la petitesse des pouls fournissent l'indication la plus importante, aussi bien pour les bains que pour l'usage de l'alcool. L'auteur donne l'alcool à doses élevées; il en a prescrit jusqu'à 24 onces (680 grammes) par jour pendant plusieurs jours de suite. Les bains sont donnés, toutes les fois que la température atteint 39°,5; l'eau est à 37° et rapidement refroidie à 26° et même 21°. L'auteur a, depuis deux ans, beaucoup restreint l'usage des bains, dont les effets n'ont pas répondu à son attente (bien que les dispositions semblent prises pour une bonne administration des bains au Boston City hospital).

Les malades ne proviennent pas des parties centrales et très peuplées de la ville plus que des districts périphériques, à demi ruraux

Le personnel hospitalier n'a pas été atteint en plus forte proportion que le reste de la population. A. C.

III. — Grellety s'est proposé de mettre en lumière les données nouvelles concernant la fièvre typhoïde et de les concentrer dans une étude aussi complète que possible. C'est un travail dans lequel, de l'aveu de l'auteur, on ne doit pas chercher de faits nouveaux.

IV. — J. Simon a fait une série de leçons cliniques sur la fièvre

typhoïde observée chez les enfants. Parmi les données intéressantes qu'on peut y relever, je mentionnerai l'observation de deux cas intérieurs qui prirent naissance dans une salle où il n'y avait pas de typhiques, et probablement par contagion à distance, et un exemple de récidive chez un enfant qui, ayant eu la fièvre typhoïde à 9 ans, en fut atteint de nouveau à 12 ans.

A propos du diagnostic, l'auteur signale les accidents causés par une constipation prolongée et méconnue, et ceux qui sont la conséquence de la congestion ou de l'épuisement du système nerveux surmené par un travail excessif. Il appelle l'attention sur certains cas de congestion rénale qui succèdent à l'action du froid. Ces enfants rendent une urine bourbeuse et présentent pendant huit ou dix jours des accidents généraux, comparables à ceux de la fièvre typhoïde.

Dans le traitement, l'action dominante est de combattre la tendance à l'adynamie et à l'affaiblissement. L'auteur signale les bons effets du perchlorure de fer, administré à la dose d'une ou deux gouttes dans de l'eau, toutes les deux heures, contre les accidents adynamiques.

V. — Dans les leçons cliniques de Parrot, sont mentionnés comme faits peu communs dans l'enfance, un exemple d'hémorragie intestinale foudroyante, un cas de fièvre typhoïde, avec rechute, chez un enfant d'un an, une dothiénentérie survenue pendant le cours d'une périty phlite, ce qui suscita des difficultés spéciales de diagnostic. L'auteur signale la rareté du dicrotisme du pouls chez les enfants, la fréquence des irrégularités cardiaques, surtout chez les jeunes filles (ce symptôme n'appartient pas en propre à la dothiénentérie, mais se rencontre dans le cours ou dans la convalescence des diverses maladies aiguës). Il croit que la fièvre typhoïde à début pneumonique n'est pas très rare dans l'enfance. Pour rendre compte du peu de fréquence des accidents cérébraux graves dans la fièvre typhoïde infantile, l'auteur fait observer que le cerveau est un organe très imparfait chez les enfants du premier âge, et que ses réactions doivent être par conséquent très faibles.

Parrot conteste très justement l'interprétation donnée par Vibert à deux cas de mort subite chez de très jeunes enfants. Il n'admet pas la fièvre typhoïde, en l'absence de tout symptôme constaté pendant la vie, et ne croit pas que le diagnostic puisse être porté d'après des lésions peu accusées des plaques de Peyer. Il pense qu'il s'est agi plutôt d'une affection des voies respiratoires avec accès de suffocation mortel.

Dans le traitement, il faut user peu de médicaments à moins d'indications très précises et surtout s'abstenir absolument de toute médication spoliatrice. Il faut veiller à l'alimentation, ne jamais refuser le sein aux nourrissons et donner du laït d'ânesse, de préférence à tout autre, aux enfants qui n'ont pas de nourrice.

VI. — Neurisse signale, plutôt qu'il ne les étudie, les points de dissemblance qui peuvent exister dans la symptomalogie de la fièvre typhoïde chez l'enfant et l'adulte (absence de taches rosées, fréquence des vomissements et de la constipation, tolérance remarquable pour les hautes températures, bénignité des hémorragies intestinales, etc.).

A propos du diagnostic, il signale l'importance de l'examen des urines (présence de l'albumine et de l'indican, et absence de l'uro-hématine,

contrairement à ce qui s'observe dans la méningite), de la thermométrie et de l'étude des réflexes tendineux.

VII. — Avec Wunderlich et les pathologistes contemporains, Hutinel fait commencer la convalescence au moment où la fièvre a complètement disparu. Le retour à la santé parfaite tarde à se produire, parce que la réparation des tissus est loin d'être complète au moment de la défervescence. La convalescence n'est que la continuation du stade terminal, ou stade de réparation de la fièvre typhoïde. La maladie est finie, mais elle a laissé des traces de son passage. Plus les lésions ont été graves et profondes, plus pénible et plus lente sera la convalescence. Tous les organes n'ayant pas été lésés au même degré, l'aspect du convalescent variera, et suivant que les accidents cérébraux, pulmonaires ou abdominaux auront prédominé dans la période fébrile. Dans certains appareils dont la réparation est hâtive, la fonction renaît vite ; dans d'autres, elle tarde à se rétablir. Ce rétablissement irrégulier des différentes fonctions est un des caractères les plus curieux et les plus saillants de la convalescence. On ne doit donc plus associer à l'idée de convalescence celle d'une cachexie ou d'un état diathésique particulier, on ne doit considérer dans cette période que des organes et des éléments mal réparés et des troubles fonctionnels qui doivent disparaître, à mesure que les tissus reviendront à l'état normal.

Cette réparation progressive n'est pas toujours régulière et diverses causes peuvent faire surgir des accidents qui entravent la convalescence. Les tissus en voie de réparation sont le siège d'une activité nutritive spéciale, qui peut dévier facilement et faire place à l'inflammation. Les organes ne peuvent fournir qu'à une faible tâche et ils souffrent dès que le travail auxquels ils sont soumis dépasse leur aptitude fonctionnelle. Les tissus sont encombrés de déchets organiques et de microbes spécifiques ou vulgaires dont l'élimination est une occasion de danger. Enfin, l'absorption qui se fait avec une extrême activité, expose l'organisme à la pénétration d'éléments nuisibles. Le convalescent est donc tout particulièrement vulnérable.

Le travail de réparation semble, dans quelques cas, commencer prématurément, avant que le poison typhique ait épuisé toute sa vigueur. La maladie recommence alors, après quelques jours d'apyrexie, qui, ainsi comprise, est le plus curieux des accidents capables d'arrêter la marche de la convalescence.

La rechute n'est qu'une forme prolongée de la fièvre typhoïde, dont l'évolution se fait en deux temps séparés par un intervalle d'apyrexie. C'est la même maladie qui se réveille, et non une infection nouvelle qui survient. On ne peut donc admettre qu'un simple catarrhe de l'estomac ou une entérite suffise pour provoquer la rechute fébrile ; il ne s'agit alors, non de rechutes, mais de fièvres symptomatiques qui en diffèrent à tous égards. Les complications n'entrent pour aucune part dans les véritables réversions.

La plus grande partie de la thèse est consacrée à l'étude de la convalescence régulière et des accidents qui en troublent les progrès.

G. HOMOLLE.

VIII. — La recrudescence, la rechute et la récidive de la fièvre

typhoïde constituent trois états morbides qui diffèrent entre eux par leur nature, leurs symptômes, leur marche et leur traitement.

La rechute de la fièvre typhoïde n'a point de prodromes. Comme toute rechute, en général, elle ne reproduit jamais intégralement, *ab ovo et in toto*, l'affection morbide qui a précédé.

Les symptômes qui la caractérisent sont ceux de la dernière période, ou période de défervescence, de la fièvre typhoïde.

L'épistaxis, les taches rosées, la diarrhée, le gargouillement, la céphalalgie, les rêvasseries, l'hébétude, la congestion pulmonaire ou cérébrale, ont fait défaut dans toutes les observations.

La fièvre a été le symptôme prédominant, on pourrait dire le seul.

Les oscillations thermiques ont été exactement celles mêmes de la dernière période ; leur type a été franchement rémittent.

Au point de vue pathogénique, la rechute de la fièvre typhoïde n'a point d'étiologie spéciale. Les causes qui ont été signalées par les auteurs se rapportent à des états fébriles de nature très diverse. Plusieurs d'entre elles, ce sont les plus communes, peuvent provoquer tantôt une rechute, tantôt une simple recrudescence.

Le diagnostic de la rechute est basé essentiellement sur la considération du cycle thermique. Le pronostic tient grand compte de l'état des forces. Celui-ci constitue l'indication fondamentale de la thérapeutique.

A. MOSSÉ.

IX. — La thèse de Meunier est une bonne étude des rechutes de la fièvre typhoïde avec plusieurs observations inédites. Dans la plupart des cas la rechute est bénigne et de courte durée ; deux observations sont des exemples de rechutes graves, mais non mortelles. Un malade sucomba dans la rechute, et, comme dans plusieurs faits déjà publiés, on trouva, à côté des lésions correspondant à la première évolution fébrile et déjà en voie de réparation avancée, des lésions récentes qui intéressaient presque exclusivement les follicules isolés de l'iléon et même du cœcum.

D'après les faits qu'il a observés, Meunier pense que la rechute présente en général les mêmes caractères symptomatiques que la première atteinte.

G. H.

X. — A la fin de fièvre typhoïde grave, l'auteur a observé plusieurs fois, indépendamment de toute lésion rénale, la polyurie. L'urine est claire, ne contient ni sucre ni albumine, de réaction acide, poids spécifique : 1,002 ou un peu plus. La polyurie commence souvent pendant la période de fièvre, s'accentue quand survient l'apyrexie (on voit jusqu'à 6 ou 8 litres par jour) et cesse vers la 5e ou 6e semaine de convalescence. La quantité d'urine augmente même quand l'apyrexie est obtenue artificiellement et d'une façon passagère au moyen des bains ou de sulfate de quinine. Elle diminue s'il se produit une rechute. L. GALLIARD.

XI. — Brothier donne deux observations de fièvre apyrétique. L'une a trait à un jeune garçon de 17 ans, très maingre et mal développé, qui guérit ; la température est élevée le soir d'entrée (38°,8), mais dès le lendemain, elle est à 36°,4 et ne dépasse pas 37°,4, les jours suivants ; elle subit, à plusieurs reprises, des dépressions notables (36°,2, 35°,7) qu'on ne peut attribuer qu'à l'extrême faiblesse du malade. Le diagnostic est fondé sur la stupeur, le gargouillement avec douleur de la fosse iliaque et quelques taches rosées.

Dans l'autre observation, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, qui succomba à une perforation intestinale, au 23e jour environ, d'une dothiénentérie apyrétique. La température rectale n'a pas dépassé 38° (le jour d'entrée) jusqu'à l'invasion des accidents péritonitiques; elle s'éleva alors à 38°,7 et même 39°,3, la veille de la mort. A l'autopsie, on trouva une seule plaque infiltrée, avec une perforation d'un centimètre de diamètre.

XII. — Les conclusions de ce travail sont :

Dans la fièvre typhoïde, la fréquence de pouls n'est pas proportionnelle toujours à l'élévation de la température.

Si le pouls reste peu fréquent et la température élevée, au début d'une affection fébrile, on doit songer à une fièvre typhoïde.

Si le pouls reste entre 80 et 90 pulsations dans le cours de la fièvre typhoïde, bien que la température s'élève à plus de 40° et même de 41°, on ne doit pas la plupart du temps porter un pronostic fâcheux. Si au contraire la fréquence du pouls augmente en même temps que la température s'élève à plus de 40 ou 41°, le pronostic est très grave. Si la température s'abaisse brusquement alors que le pouls augmente de fréquence, le pronostic est mauvais.

Le parallélisme entre les oscillations diurnes est sujet à de nombreuses modifications.

Parmi les 29 observations, dont l'analyse autorise ces conclusions, il faut citer un cas (obs. IX) de fièvre typhoïde ataxique avec éruption miliaire abondante et bien capable de rendre ce diagnostic indécis, au moment de l'entrée, et un cas (obs. II, 2e série) de péritonite avec perforation, au 9e jour (?) d'une fièvre typhoïde.

XIII. — Pluyaud a étudié les réflexes tendineux chez 100 typhiques, dont il rapporte sommairement l'observation. Il conclut de ses recherches qu'on ne peut nier l'état d'hyperexcitabilité de la moelle dans la très grande majorité des cas de fièvre typhoïde. Sur 100 observations, il a trouvé les réflexes tendineux forts 58 fois, moyens 25 fois et faibles 17 fois ; il a constaté les réflexes du poignet 85 fois et l'épilepsie spinale 77 fois, la trépidation massétérine 5 fois. Dans tous les cas, sauf deux ou trois, les signes de l'hyperexcitabilité médullaire sont manifestes, qu'elle se traduise séparément par des réflexes forts, des réflexes supplémentaires, par de l'épilepsie spinale ou par ces trois signes réunis.

XIV. — P. Lemaigre rapporte trois observations d'exanthème (comparables aux cas décrits sous le nom d'érythème polymorphe) survenu dans le cours de la fièvre typhoïde ; il croit pouvoir écarter l'hypothèse d'une rougeole ou d'une scarlatine intercurrente.

Dans un cas, l'éruption paraît au vingtième jour ; elle a l'apparence d'une rougeole sur le tronc, tandis qu'aux aines, aux aisselles, au pli des coudes la rougeur est vive et uniforme comme dans la scarlatine. Il n'y a pas d'angine mais du larmoiement et du coryza. L'éruption dure quatre jours, et ne s'accompagne pas d'albuminurie (Le malade a eu la rougeole, mais non la scarlatine, dans l'enfance).

Dans la seconde observation, l'éruption d'aspect rubéolique se montre au huitième jour d'une rechute ou plutôt d'une recrudescence de fièvre typhoïde (25 jours de maladie). Il se fit une desquamation très nette des parties envahies par l'éruption ; l'urine était albumineuse, le malade mourut au 41e jour.

Dans le troisième cas, l'exanthème d'apparence rubéolique survient vers le seizième jour d'une dothiénentérie grave ; la fièvre est intense (41°,8 le jour de l'éruption) ; elle s'accompagne d albuminurie, la poitrine est pleine de râles fins, mais les muqueuses ne sont pas intéressées. Le malade mourut le lendemain du jour où parut l'exanthème.

XV. — Geffroy étudie, dans sa thèse, les affections de la peau et de ses annexes, qui surviennent dans le cours ou à la suite de la fièvre typhoïde. Il en distingue trois catégories : certaines affections cutanées sont indépendantes de la fièvre et sont dues à des causes externes (parasites, milieu, etc.) ; d'autres relèvent directement de la fièvre typhoïde ; d'autres enfin dépendent du sujet.

L'auteur passe en revue une longue série d'altérations cutanées dont les plus importantes appartiennent au deuxième groupe (affections dépendant de la fièvre même). Il étudie successivement le chloasma cachectique, qui se montre dans la convalescence et est un signe de nutrition insuffisante, les anomalies de la production épidermique et des sécrétions sudorale et sébacée (pityriasis simple, pityriasis tabescent, desquamation plantaire et palmaire, desquamation en *aire* de la paume de la main, affection rare qu'on peut rapprocher de la desquamation en *aire* ou plaques fugitives et bénignes de la langue, etc.). Les altérations du système pileux et des ongles viennent ensuite ; puis la série des éruptions proprement dites (sudamina, ecthyma, bulles purulentes, etc.).

Un dernier chapitre indique les modifications de dermatoses préexistantes que la fièvre fait, en général, disparaître temporairement et qui reparaissent à l'époque de la convalescence : une mention spéciale est accordée à la gale, dont les symptômes s'atténuent au point qu'on peut croire à la guérison, mais qui, presque toujours, se montre de nouveau quand revient la santé. G. H.

XVI. — La convalescence dans la fièvre typhoïde présente tant de péripéties et de dangers, qu'on a pu dire que c'est presque une nouvelle maladie qui commence. Le plus souvent, il est difficile de se prononcer en toute assurance sur la valeur réelle du pronostic. L'auteur signale deux phénomènes qui peuvent éclairer le médecin. Ces deux phénomènes sont les abcès multiples et la diurèse critique.

Les abcès peuvent occuper les sièges les plus divers ; ils sont plus ou moins volumineux, plus ou moins profonds. Le plus communément, ce sont de petits abcès tubéreux, gros comme une noisette ou une noix, isolés ou agminés, se formant sans bruit, presque sans douleur. Il ne faut pas y chercher la fluctuation. Dès qu'on les sent, il faut les inciser ; et l'on est étonné de la quantité relativement considérable de pus qu'ils renferment. A peine ouverts, ils se cicatrisent très rapidement.

La diurèse est moins fréquente. Lorsqu'elle se produit, elle est vraiment remarquable. De 1 litre, la quantité d'urine rendue dans les 24 heures s'élève à 3 et 5 litres.

Pour M. Chauffard, ces deux signes ont une haute portée clinique, en ce sens qu'ils indiquent une convalescence franche. Jamais il n'a vu se produire de réversion chez les sujets qui les ont présentés. En revanche, il ne les a jamais observés chez aucun de ceux qui ont subi une rechute. Si l'on admet que la rechute est due à une réinfection autochtone de l'économie, ou tout au moins au réveil de germes restés jusqu'alors silen-

cieux, on conçoit que les abcès multiples et la diurèse subite soient des procédés énergiques de dépuration humorale. Ce qui tendrait à le prouver, c'est la quantité énorme de microbes que renferme le pus de ces abcès. De même, il faut voir dans la polyurie une sorte de lavage à grandes eaux des éléments organiques, qui entraîne tous les déchets accumulés, toutes les scories des combustions viciées ou incomplètes.

GASTON DECAISNE.

XVII. — L'auteur s'est servi de la méthode de M. Malassez pour la numération des globules, et de la méthode de Hüfner pour l'estimation de l'hémoglobine.

Voici ses conclusions en ce qui touche la numération :

1° Le nombre relatif des globules diminue sensiblement pendant le cours de la fièvre ; cette diminution se fait sentir dès que cette fièvre a duré quelque temps.

2° Immédiatement après la fin de la fièvre, alors que le poids du corps continue à baisser, il se fait une polycythémie légère, passagère.

3° Cette polycythémie commence à disparaître dès que le poids du corps augmente.

4° Il lui succède alors une oligocythémie relative qui atteint son degré le plus élevé au moment où le poids du corps s'est fortement accru.

5° Cette polycythémie de la convalescence est toujours d'une durée plus longue que celle de la période fébrile.

6° Le chiffre normal des globules n'est atteint que lentement, après des oscillations étendues, après des semaines et des mois.

7° Les complications et les affections consécutives modifient presque toujours ces conditions, sans qu'il soit possible de donner la formule de ces modifications.

8° Les récidives, la fièvre de convalescence et les hémorragies intestinales ont amené, dans tous les cas où des recherches ont été faites, une diminution sensible du nombre des globules.

9° De ces recherches, comparées à celles d'autres auteurs, on peut conclure peut-être que l'oligocythémie de la convalescence est due à un épaississement du sang qui est plus considérable que ne le ferait prévoir la diminution du poids du corps.

10° L'oligocythémie postfébrile est due à la réparation plus rapide des éléments fluides que des éléments figurés du sang.

11° La masse totale du sang augmente plus rapidement dans la convalescence que ne le ferait prévoir la loi de Valentin.

Les recherches sur la réparation de l'hémoglobine ont montré que sa quantité s'accroît habituellement dans des proportions parallèles au nombre des globules rouges. Parfois, cependant, cette proportion reste au-dessous de ce qu'elle devrait être, ce qui indique que la valeur individuelle des globules est au-dessous de la normale.

La réparation paraît un peu plus lente dans la plupart des cas où il y a eu des hémorragies intestinales.

A. MATHIEU.

I. — The previous symptoms in cases of perforation of the bowel (Symptômes prémonitoires de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde), par J. BYERS (*Brit. med. journ.*, *p.* 881, *novembre* 1882).

II. — Case of ulcerative enteritis (Entérite ulcéreuse, probablement typhoïde, sans fièvre; péritonite par perforation), par W.-C. GRIGG (*Med. Times and Gaz.*, 24 *septembre* 1881).

III. — Fièvre typhoïde. Ulcération des follicules clos du gros intestin. Abcès du foie. Péritonite, par SOREL (*Union méd.*, 28 *septembre* 1882).

IV. — Étude sur la transfusion du sang à la suite des hémorragies intestinales survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, par J.-B. DARÈNE (*Thèse de Paris*, 1882).

V. — Du début de la fièvre typhoïde par angine, par E. VAISSON (*Thèse de Paris*, 1882).

VI. — Étude sur les déterminations de la fièvre typhoïde sur le pharynx et l'isthme du gosier, par P. DERIGNAC (*Thèse de Paris*, 1883).

VII. — De l'angine ulcéreuse dans la fièvre typhoïde, par DUGUET (*Union méd.*, *n*os 101 *et* 102, 1883).

VIII. — Muguet primitif du pharynx dans le cours de la fièvre typhoïde, par DUGUET (*Union méd.*, 4 *février* 1883).

IX. — Du muguet primitif du pharynx dans la fièvre typhoïde, par J. LEBRUN (*Thèse de Paris*, 1883).

X. — Étude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde, par A. CHAUFFARD (*Thèse de Paris*, 1882).

XI. — Pneumonie du début de la fièvre typhoïde, par R. LÉPINE (*Union méd.*, 4 *mars* 1883).

XII. — De la fièvre typhoïde à début pneumonique (pneumo-typhoïde de certains auteurs), par L. GIRARD (*Thèse de Paris*, 1882).

XIII. — Note sur la périsplénite et la pleurésie diaphragmatique dans la fièvre typhoïde, par P. MERKLEN (*France méd.*, 17 *mai* 1883).

XIV. — De la fièvre typhoïde à forme rénale, par P. DIDION (*Thèse de Paris*, 1883).

XV. — Ueber die Gubler Robin'sche renale Form des Typhus abdominalis, par L. HOMBURGER (*Berlin. klin. Woch.*, 6 *et* 23 *mai* 1881).

XVI. — Hémorragie cérébrale dans le cours d'une fièvre typhoïde, par MERKLEN (*France méd.*, 22 *août* 1882).

XVII. — Ein Beitrag zu den Komplicationen des Abdominaltyphus, par WEISS (*Wiener med. Woch.*, *n*° 50, 1882).

XVIII. — Deux cas de gangrène sèche suivie de gangrène humide, par J. GUYOT (*Union méd.*, *n*° 131, 1882).

XIX. — Des altérations musculaires se rattachant à la fièvre typhoïde, par LUQUET (*Thèse de Paris*, 1882).

XX. — De l'orchite dans la fièvre typhoïde, par L. SADRAIN (*Thèse de Paris*, 1883).

XXI. — De la parotidite dans la fièvre typhoïde, par M. MIRABEL (*Thèse de Paris*, 1883).

XXII. — Considérations sur un cas de fièvre typhoïde compliquée d'arthrites

**et de synovites purulentes généralisées, par A. ROBIN** (*Gaz. méd. de Paris, octobre* 1881).

**XXIII. — Des suites de la fièvre typhoïde, par FERNET** (*France médicale, 7 avril* 1883).

**XXIV. — De la fièvre typhoïde chez les tuberculeux, par Régis GRAL** (*Thèse de Paris*, 1883).

**XXV. — Relations de la fièvre typhoïde avec la grossesse, par F.-M.-A. ROUSSEAU** (*Thèse de Paris*, 1882).

**XXVI. — Trois cas de mort subite par fièvre typhoïde chez des enfants à la mamelle avec enquête médico-légale, par VIBERT** (*Annales d'hygiène publiq., octobre* 1881).

**XXVII. — Ein Fall von Abdominaltyphus mit Leberabscessen im Kindesalter (Abcès du foie dans une fièvre typhoïde chez l'enfant), par J. ASCH** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 18 *décembre* 1882).

**XXVIII. — Hémiplégie droite sans aphasie chez un enfant convalescent de fièvre typhoïde, par HENOCH** (*Idem, n° 9, p.* 135, 26 *février* 1883).

**XXIX. — Fièvre typhoïde, ataxie choréiforme, aphasie, par Eugène DE LA HARPE** (*Revue médicale de la Suisse romande, III*, 364, *juin* 1883).

I. — A l'occasion du fait d'un enfant de 13 ans, qui succomba au 65e jour d'une fièvre typhoïde, à la suite d'une perforation intestinale, John Byers cherche à établir qu'il existe parfois des indices capables de faire craindre et soupçonner cette complication (en regard, il est vrai, de cas où la perforation survient tout à fait inopinément).

Dans les conditions ordinaires, les cas de fièvre typhoïde accompagnés de perforation sont des cas graves, où le ballonnement du ventre et la diarrhée prédominent; sur 60 cas, 11 fois la péritonite par perforation avait été précédée par des hémorragies intestinales.

Le degré de tympanite n'est pas sans exercer une grande influence sur la perforation de l'ulcère.

La persistance d'une haute température après la 3e semaine, en l'absence de toute complication appréciable doit faire craindre une lésion intestinale profonde.

Quelquefois la constipation, indice d'un état paralytique de l'intestin, est de mauvais augure. Il en est de même des frissons qui indiquent presque toujours la pénétration de matières septiques dans l'organisme, et par suite la présence d'une escarre intestinale plus ou moins gangréneuse.

Dans ces conditions, il est de toute importance d'immobiliser l'intestin des malades, et de ne leur faire faire aucun mouvement : il faut éviter les purgatifs violents, et ne leur donner absolument que des aliments liquides. Enfin l'opium à haute dose est indiqué, absolument comme s'il existait déjà de la péritonite. H. R.

II. — L'observation de W.-C. Grigg a trait à un enfant de 2 ans et 8 mois. Le diagnostic de fièvre typhoïde resta douteux même après l'autopsie.

III. — J..., âgé de 23 ans, fièvre typhoïde d'ailleurs bénigne. Le 21 juillet, le malade se plaint de douleurs au niveau de l'hypocondre droit; le 28, il est

pris d'oscillations fébriles intermittentes ; le 18 août se déclare une péritonite subaiguë sans vomissements, avec ballonnement du ventre, et hypothermie. Mort le 22 août.

L'autopsie montre la muqueuse de l'intestin grêle saine avec saillie des follicules clos et des plaques de Peyer, colorés en noir ; dans le gros intestin, depuis le cœcum jusqu'à l'origine du rectum, les follicules clos, indurés et pour la plupart ulcérés. Le foie, de volume normal, porte à la face convexe du lobe gauche un abcès gros comme une orange, formé de pus grumeleux ; il adhère à la paroi thoracique ; au niveau de la paroi de l'abcès qui est réduit à la séreuse péritonéale, débute une fusée de péritonite qui se propage au flanc droit, et presque dans le petit bassin qui contient du séro-pus. Le membre inférieur droit est tuméfié, parsemé de taches livides ; la veine crurale contient un caillot noir qui, du milieu de la cuisse, remonte jusque dans la veine cave. H. L.

IV. — Dans une première partie de son travail, Darène étudie les entérorragies de la fièvre typhoïde, au point de vue de leur pathogénie et du pronostic qu'elles comportent.

La seconde partie traite des cas dans lesquels la transfusion peut être tentée. Quand l'hémorragie a, par son abondance, compromis les jours du malade, l'opération de la transfusion est parfaitement indiquée. C'est le seul moyen qui reste au médecin de stimuler l'organisme du patient et de réparer l'insuffisance sanguine.

L'auteur a réuni neuf observations (il a lui-même suivi le malade de Gibert et est intervenu dans l'opération) ; il y a 3 cas de succès complet. Chez les six autres malades, la transfusion a toujours amené une amélioration de plus ou moins longue durée ; jamais l'opération n'a été nuisible.

Le sang humain doit être préféré au sang animal, le sang complet au sang défibriné, le sang veineux au sang artériel. Les dangers possibles de la transfusion ne sont pas de nature à faire abandonner l'opération.

V. — La fièvre typhoïde peut débuter par une angine catarrhale ou ulcéreuse. Le plus souvent, lorsque la fièvre typhoïde s'accompagne d'une angine intense dès son début, celui-ci est brusque et la température est très élevée dès le premier ou le deuxième jour.

La plupart des observations citées par l'auteur ont trait à des angines précoces, mais non pas initiales ; dans deux cas seulement, il a pu constater lui-même l'existence d'une angine catarrhale ou pultacée en même temps qu'une fièvre vive (39°,5, 39°,9) au premier jour d'une dothiénentérie qui fut, dans les deux cas, bénigne et de courte durée (tout à fait abortive même et peut-être douteuse dans un cas) ; la 3e observation a trait à une fièvre typhoïde également bénigne, à début brusque avec angine forte au deuxième jour. G. H.

VI. — Les lésions pharyngées qu'on observe dans la fièvre typhoïde, non seulement à une période avancée, mais quelquefois dès le début même de la maladie dans d'autres organes, sont de même ordre que celles qui intéressent le système lymphoïde et le système vasculaire.

Elles sont caractérisées par la tuméfaction ou l'ulcération des follicules clos et la dilatation des vaisseaux ; les ganglions correspondants sont augmentés de volume.

Les follicules sont remplis de cellules qui infiltrent aussi le tissu conjonctif périphérique et masquent les limites des follicules ; les vaisseaux sont dilatés et remplis de globules ; beaucoup d'artères sont oblitérées

ou présentent des altérations inflammatoires de leurs parois; les fibres musculaires les plus voisines du fond du follicule sont altérées.

L'ulcération, qui prépare la tuméfaction de l'épithélium, n'est d'abord qu'une desquamation épithéliale, puis elle se creuse par l'élimination des cellules mortifiées, tandis que les parties voisines s'infiltrent d'éléments embryonnaires, qui préparent la formation des bourgeons charnus de réparation.

Les déterminations de la fièvre typhoïde sur la gorge ne paraissent pas dépendre de la gravité de la fièvre; peut-être sont-elles plus fréquentes dans certaines épidémies, il n'est pas démontré que la médication ait une influence notable sur leur développement.

Elles peuvent apparaître dès le début et représenter la première manifestation locale de la fièvre, ou se développer dans son cours ou à son déclin. Elles sont tantôt insidieuses et ne se reconnaissent que lorsqu'on examine la gorge, et tantôt elles s'accusent par de la douleur, de la dysphagie et les symptômes des angines en général.

Tout d'abord la muqueuse est sèche, vernissée avec de petites élevures blanchâtres qu'entourent des vaisseaux dilatés, puis l'ulcération fait des progrès lents ou quelquefois très rapides, par l'élimination de véritables séquestres épithéliaux.

Le diagnostic peut quelquefois présenter des difficultés, quand l'angine est précoce et que l'ensemble des accidents généraux tend à faire soupçonner une tuberculose aiguë plutôt qu'une dothiénentérie; par exception, chez un sujet atteint de syphilis récente, peut-on hésiter à attribuer l'affection pharyngée à la fièvre typhoïde et penser à une syphilide. C'est surtout dans le cas où l'angine est très précoce et donne lieu à des symptômes locaux d'une assez grande intensité que l'on est exposé à méconnaître pendant quelques jours la fièvre typhoïde qui commence sous cette forme anormale.

VII. — Duguet signale l'apparition, à une époque voisine du début de la fièvre typhoïde, d'une angine ulcéreuse, caractérisée par des ulcérations superficielles ovalaires, qui siègent tout spécialement sur les piliers antérieurs du voile du palais, à leur face antérieure, d'un seul côté ou des deux côtés à la fois. Ces ulcérations, peu nombreuses, ressemblent à une aphthe très étendue; elles ont probablement pour origine une altération très superficielle du derme muqueux et de l'épthélium qui le recouvre. Elles peuvent se montrer en même temps que les taches rosées et même plusieurs jours avant elles; elles n'ont aucune signification au point de vue du pronostic. G. HOMOLLE.

VIII. — Pendant la dernière épidémie de fièvre typhoïde, l'auteur a observé dans sa salle d'hommes une quarantaine de cas de muguet, et une dizaine dans sa salle de femmes. Il a pu en voir plusieurs cas en ville. Les malades accusaient tous une dysphagie exceptionnelle. Beaucoup ne pouvaient absolument pas avaler les boissons et vomissaient; on voyait le voile du palais, accidentellement le fond du pharynx, presque toujours les piliers et les amygdales, rarement les joues et la langue, presque jamais les gencives ni les lèvres, couverts d'un enduit blanc grisâtre, facile à détacher, reposant sur une muqueuse rouge, quelquefois coiffant la luette, pas d'adénite sous-maxillaire. Des badigeonnages avec une solution bora-

tée ou sodique faisaient disparaître le muguet, mais il se reproduisait avec une ténacité désespérante.

La contagion à l'hôpital peut expliquer un certain nombre de ces cas de muguet, mais dans la moitié au moins, les malades le présentaient au moment de leur entrée dans les salles. H. L.

IX. — J. Lebrun étudie le muguet primitif du pharynx, qu'on voit survenir dans la fièvre typhoïde, d'après les faits communiqués par Damaschino et par Duguet, à la société médicale des hôpitaux et d'après quelques observations nouvelles. Ces faits démontrent que le muguet peut couvrir la gorge sans que la muqueuse buccale présente des plaques crémeuses. L'inflammation de la muqueuse de l'isthme et du pharynx favorise le développement des parasites dans cette région. Le pronostic est peu aggravé par cette complication, qui cède facilement à l'usage du borax, des gargarismes alcalins ou de l'eau oxygénée, employée avec succès par Damaschino. Toutefois les malades accusent souvent une dysphagie très pénible, et chez quelques-uns des vomissements dangereux par leur répétition semblent indiquer l'envahissement de l'œsophage et de l'estomac. L'addition du bicarbonate aux boissons a, dans un cas de Duguet, fait disparaître ces symptômes menaçants.

X. — A. Chauffard résume son très intéressant mémoire dans les conclusions suivantes :

Dans le cours de la fièvre typhoïde, l'estomac peut être le siège de lésions inflammatoires multiples et plus ou moins profondes. Ces lésions débutent dans la couche sous-glandulaire de la muqueuse, au niveau des points lymphatiques que l'on y rencontre normalement. L'accumulation des cellules embryonnaires, commencée en ces points, tend à se diffuser, à s'étendre, soit en largeur, soit en hauteur. Elle peut amener par places la formation de véritables abcès miliaires qui s'ouvrent dans la cavité de l'estomac. En même temps apparaissent des lésions vasculaires, soit par stase et thrombose, soit, plus fréquemment, par inflammation des radicules lymphatiques, des veines et des artères.

L'épithélium des glandes stomacales peut revenir à l'état embryonnaire et prendre la forme cubique, ou subir la dégénérescence granulo-graisseuse. Dans des cas rares, on peut observer de véritables ulcérations de l'estomac, variables comme profondeur et comme étendue.

Cliniquement, ces diverses déterminations gastriques de la fièvre typhoïde ont pour signes principaux : les vomissements plus ou moins répétés, la douleur provoquée par la pression de l'épigastre, et, au cou, des nerfs pneumogastriques ; parfois, enfin, l'élévation locale de la température épigastrique (de 0°,5 à 0°,6, supérieure à la température axillaire pendant plusieurs jours, obs. X). Les formes graves et typiques de ce syndrome sont assez rares ; les formes atténuées et dissociées sont plus fréquentes. Les phénomènes d'intolérance gastrique peuvent s'aggraver assez pour constituer une sérieuse complication, et entraver soit l'alimentation, soit le traitement du malade.

Toutes les fois que, pendant la convalescence, on observera de l'anorexie persistante, de la douleur épigastrique, de la distension gazeuse de l'estomac, le tout accompagné souvent d'une élévation de la température locale, on devra n'alimenter le malade qu'avec une extrême prudence, sous peine de l'exposer à des accidents sérieux.

Les recherches histologiques ont été faites pour la plupart sur des pièces préparées au moyen d'injections d'alcool ou de bichromate d'ammoniaque faites dans l'estomac, peu de temps après la mort.

Parmi les observations inédites, plusieurs ont trait aux phénomènes cliniques par lesquels se manifestent les déterminations gastriques dans la fièvre typhoïde. Trois autres font connaître des lésions graves de la muqueuse stomacale : dans un cas, on trouva près du pylore deux ulcérations lenticulaires, à bords taillés en biseau, à fond rouge vif, comparables aux ulcérations des vésicules solitaires d'herpès génital ; une autre observation signale deux petites ulcérations paraissant intéresser toute l'épaisseur de la muqueuse et plusieurs plaques hémorragiques, au niveau de la grosse tubérosité ; dans la troisième, il est fait mention de trois ulcérations lenticulaires à la partie moyenne de la face antérieure de l'estomac. Il est à remarquer que dans aucun des trois cas, il n'y eut de troubles gastriques sérieux. G. HOMOLLE.

XI. — X..., 15 ans, souffrant depuis le 30 octobre (frissons, dyspnée, toux, douleurs thoraciques), entré le 4 novembre à l'hôpital ; on le trouve dans le décubitus dorsal, adynamie ; se plaignant d'oppression, de toux rare avec crachats visqueux ; dans la fosse sous-épineuse gauche submatité, et souffle tubaire intense, râles crépitants dans l'aisselle, aucun signe abdominal. Le 6, le souffle a diminué, la diarrhée s'accuse. Le 7, la fièvre s'élève, on trouve plusieurs taches rosées. Un bain donné le 8 amène une recrudescence du souffle. On suspend ce mode de traitement ; la pneumonie et la fièvre continuent à évoluer jusqu'au 14, la fièvre oscillant entre 40, 5 et 41. On a de nouveau recours aux bains (16 C.) qu'on donne dès que la température dépasse 39°. Le 16, amendement très marqué des symptômes thoraciques, pas de souffle, râles de retour, taches rosées très abondantes, dans la soirée, pendant un bain, accès épileptiforme, qui se renouvelle le matin. Le malade, malgré l'abaissement de la température, présente de graves accidents nerveux, délire, agitation, le cœur s'affaiblit, les jambes s'œdématient. Mort le 4 décembre.

A l'autopsie on trouve les muscles de la vie de relation sains, la rate molle, peu volumineuse, les follicules clos saillants, mais non ulcérés, les plaques de Peyer intacte, les poumons atélectasiés à la base, sains dans leur sommet, même à gauche. L'auteur discute la signification de ce cas, qui est évidemment une fièvre typhoïde caractérisée, comme l'ont montré les éruptions de taches rosées abondantes, la pneumonie de son côté est indiscutable. Peut-on admettre qu'il s'agit là d'une pneumonie franche évoluant à côté d'une fièvre typhoïde, les variations du souffle, sa persistance au même point, sans crachats colorés, ne permettent guère de se rattacher à cette hypothèse. D'autre part le peu d'intensité des lésions intestinales s'explique mieux si l'on admet la nature typhique de l'affection thoracique ; reste à discuter s'il y a eu congestion ou hépatisation ; sur ce point, l'auteur ne se prononce point. H. L.

XII. — Dans les 4 observations personnelles publiées dans la thèse de L. Girard, une seulement est un exemple bien net de fièvre typhoïde à début pneumonique : frisson intense et point de côté au premier jour, signes de pneumonie au sommet droit, puis, tandis que la pneumonie entre lentement en résolution, symptômes classiques d'une dothiénentérie.

XIII. — Merklen a observé, dans le service de Vulpian, un cas de pleurésie survenue, dans le cours de la fièvre typhoïde et probablement consécutive à une périsplénite. Chez ce premier malade de très vives douleurs de l'hypochondre gauche avaient fait reconnaître une périsplénite accompagnée peut-être d'un léger degré de péritonite diaphragma-

tique. Dans l'observation qu'il publie, l'auteur parle d'une jeune fille de 16 ans atteinte de fièvre typhoïde grave et remarquable par l'existence d'une douleur violente au niveau de la rate triplée de volume. Un mois après le début de la fièvre typhoïde on reconnut les signes d'une pleurésie avec épanchement qui avait été précédée et s'accompagnait encore de très vives douleurs et d'une dyspnée intense. Après deux ponctions, la malade quitta l'hôpital, guérie en apparence.

XIV. — Sous le nom de fièvre typhoïde à forme rénale, Didion étudie les cas de dothiénentérie compliquée de néphrite.

Les altérations anatomiques observées dans quatre autopsies sont celles de la néphrite mixte avec prédominance des lésions interstitielles sur les lésions parenchymateuses, dans trois cas au moins. Les espaces intertubulaires sont agrandis et remplis de cellules embryonnaires, dans un cas, on voit de petits amas de leucocytes, irrégulièrement groupés entre les tubes et formant de petits abcès miliaires. L'hyperémie est en général très forte; les parois des artérioles sont épaissies. Les cellules des tubuli sont, en quelques points, en dégénérescence granulo-graisseuse ; sur d'autres points la desquamation est complète, mais ces altérations parenchymateuses ne sont pas générales. Ces examens ont été faits par A. Siredey.

Au point de vue symptomatique, on peut distinguer deux séries de faits: dans l'une, l'albuminurie se montre dès le début de la dothiénentérie, pendant la première semaine; dans l'autre, les accidents de néphrite éclatent tardivement.

La fièvre typhoïde à forme rénale se distingue des formes communes par les phénomènes suivants : abattement très considérable, adynamie extrême, pâleur de la face et des téguments, qui ont souvent une teinte terreuse, douleurs lombaires, œdème des pieds et bouffissure de la face, délire précoce et prostration, température élevée et refroidissement facile des extrémités. La présence de l'albumine en petite quantité dans l'urine, ou la production d'un coagulum abondant et rétractile, avec cylindres, globules du sang et cellules des tubuli, permettent de conclure à une simple hyperémie du rein ou à la néphrite infectieuse. A ces divers éléments de diagnostic on peut ajouter la rareté habituelle des taches rosées lenticulaires, la fréquence des eschares et des éruptions d'ecthyma ou des furoncles. Enfin, dans quelques cas signalés par A. Robin, l'urine est sanglante (forme rénale hémorragique).

Les accidents liés à l'altération des reins sont quelquefois tardifs et surviennent après que la convalescence a déjà paru s'établir : ce sont, le plus souvent, des symptômes cérébraux graves, des convulsions ou du coma, que l'on peut comparer aux désordres cérébraux de l'urémie.

G. HOMOLLE.

XV. — L'auteur rapporte l'observation de 3 typhoïdiques du service de Kussmaul qui ont présenté la forme rénale, décrite successivement par Gubler, Robin et Amat. (*R. S. M.*, XV, 145.)

Ces trois malades avaient une urine diminuée de quantité et augmentée de densité, renfermant en abondance de l'albumine, des cylindres, surtout hyalins et grêles, mais aussi granuleux, épais et courts, des globules rouges et blancs, ces derniers plus nombreux, enfin des cellules épithéliales.

Leur pouls était dur ; l'œdème manquait ou était insignifiant. A la cons-

tipation initiale succéda une diarrhée peu intense. En outre, les localisations thoraciques étaient plus sérieuses que d'habitude.

Tous ces symptômes concordent avec la description des auteurs français. En revanche Homburger n'a noté aucune prédominance des épistaxis, du délire, de la prostration ni une température exagérée.

Ces différences symptomatologiques expliquent le pronostic moins grave, autant du moins qu'il est permis de raisonner sur un si petit nombre d'observations.

Un seul des 3 malades a succombé et son autopsie a révélé une divergence plus importante que celles déjà signalées, car bien que la veille de la mort l'urine renfermât encore de nombreux cylindres hyalins et granuleux et des globules blancs, Recklinghausen n'a pu constater la moindre lésion inflammatoire des reins ni la moindre altération à leur épithélium.

Pour le traitement, Homburger se trouve encore en désaccord sur quelques points avec Amat. Il est contraire aux saignées comme débilitantes et aux vésicatoires comme irritants rénaux.

Il se borne au maillot humide tant que les symptômes rénaux prédominent, et revient aux bains froids dès que les phénomènes typhoïdes prennent le dessus, sans s'inquiéter si l'urine contient ou non, encore de l'albumine.

Voici les conclusions du travail :

Le diagnostic de certains cas de fièvre typhoïde peut être rendu difficile par la prédominance des symptômes de néphrite, surtout quand ces derniers existent dès les premiers jours de la maladie.

Gubler et Robin ont distingué ces cas comme forme rénale de la fièvre typhoïde ; au point de vue pratique, cette distinction est juste. Mais on ne peut délimiter cette forme aussi dogmatiquement qu'Amat a tenté de le faire, car aucune des altérations rénales n'est caractéristique de la fièvre typhoïde et même la preuve n'est pas faite qu'alors la fièvre typhoïde se localise de préférence dans les reins.

Dans cette typhoïde rénale il est indubitable que les lésions des reins peuvent être de nature inflammatoire, mais l'un des cas d'Homburger montre aussi qu'au complexus symptomatique observé pendant la vie, ne correspond pas toujours une néphrite reconnaissable à l'autopsie.

J. B.

XVI. — X..., 21 ans, parvenu à la fin du deuxième septénaire d'une fièvre typhoïde, fut pris brusquement d'une agitation extrême et succomba peu de temps après dans le coma.

A l'autopsie, outre les lésions pathognomoniques de la dothiénentérie à cette période, on constata l'existence d'une hémorragie méningée sous-arachnoïdienne, surtout abondante à la base, au niveau des confluents du liquide céphalo-rachidien. Cette hémorragie était la conséquence d'une inondation ventriculaire complète, qui elle-même s'était faite à la suite d'une hémorragie cérébrale énorme qui avait détruit presque la totalité de l'hémisphère cérébral droit.

L'examen histologique n'a fait découvrir aucune altération bien nette des artères de la base de l'encéphale ou des artérioles voisines du foyer.

GASTON DECAISNE.

XVII. — La fièvre typhoïde se complique rarement de désordres céré-

braux qu'on puisse rattacher à une lésion anatomique. Il s'agit ici d'un abcès du cerveau.

Une domestique de 21 ans, bien portante jusqu'ici, a eu pendant son travail une perte subite de connaissance durant cinq minutes.

En revenant à elle, faiblesse des membres du côté gauche. Au bout d'une heure, convulsions de l'extrémité supérieure se prolongeant pendant dix minutes, puis se reproduisant plusieurs fois et pouvant durer jusqu'à deux heures.

On l'apporte à l'hôpital trois jours après le premier accident. Elle n'a pas de fièvre. Température 37°,5, pouls 84. Elle se plaint de céphalalgie vive au niveau du pariétal droit. Intelligence conservée. Paralysie du facial inférieur et des extrémités à gauche, avec légère exagération des réflexes, sensibilité normale. Contractions toniques et cloniques des membres paralysés, survenant d'une façon irrégulière. Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albuminurie.

Le second jour (20 novembre), délire, convulsions des membres paralysés, secousses, convulsions de la face.

Mêmes phénomènes le 21 novembre. Température 37°,8. Céphalalgie persistante.

22 novembre. Coma. Pouls 104, température 40°,1. Mort à midi.

Les symptômes d'épilepsie jacksonienne, convulsions limitées au côté gauche, et l'hémiplégie de ce côté, devaient faire penser à une lésion circonscrite des circonvolutions centrales.

Voici les résultats de l'autopsie.

Hémisphère gauche tuméfié, circonvolutions frontales aplaties, même aspect des circonvolutions centrales à droite, avec coloration gris verdâtre de l'écorce. On trouve un abcès gros comme une pomme occupant la substance médullaire, atteignant presque en avant la limite antérieure du corps strié, envahissant en arrière la région de la corne postérieure, approchant en haut de l'écorce cérébrale; séparée des ganglions par une zone de substance œdémateuse.

Gonflement de la rate. Les ganglions mésentériques contiennent de petits abcès. Pseudomembranes vascularisées au niveau des anses intestinales inférieures. Tuméfaction des follicules clos dans le dernier segment de l'iléon. Au niveau des plaques de Peyer, pigmentation bleuâtre de la muqueuse et petites cicatrices aplaties.

Périmétrite. Catarrhe de l'utérus et des trompes. L. GALLIARD.

XVIII. — J. Guyot donne l'observation d'un typhique, âgé de 25 ans, qui, le 26e jour de la fièvre, fut pris de douleurs très vives dans le mollet et le pied droit. Le membre est froid, les battements sont supprimés dans la pédieuse et la tibiale postérieure ; toute la partie inférieure de la jambe est frappée de gangrène. La mort survient 24 jours plus tard à la suite d'une hémorragie du moignon, l'amputation de la cuisse ayant été pratiquée au 20e jour de la complication. L'autopsie fit reconnaître les lésions de la fièvre typhoïde, et une artérite de la poplite qui est oblitérée par un caillot noirâtre, adhérent. Les veines sont saines.

XIX. — Une des observations citées par Luquet est intéressante en ce qu'il y eut, après l'ouverture d'un double foyer de myosite suppurée des muscles grands fessiers droit et gauche, une élimination d'un fragment de muscle sphacélé du volume d'un gros marron, de chaque côté.

XX. — Sadrain donne deux observations d'orchite survenue dans la convalescence de la fièvre typhoïde (l'un des malades est atteint de syphilis récente). Il discute la pathogénie de cette complication et conclut,

avec Vallin et Desnos, que la cause la plus fréquente est sans doute la propagation d'une uréthrite catarrhale.

XXI. — Mirabel croit que l'on doit distinguer trois classes de parotidites dans la fièvre typhoïde : 1° une parotidite canaliculaire, la plus fréquente, sans doute, qui a pour origine une propagation directe du catarrhe buccal à la muqueuse du canal de Stenon ; cette forme peut se montrer dans la période d'état ou dans le déclin de la fièvre ; elle se termine par résolution ou suppuration ; 2° la parotidite interstitielle, pyohémique ou métastatique, toujours suppurative ; les abcès se développent d'emblée dans le tissu conjonctif interlobulaire ; 3° la parotidite parenchymateuse, produite par l'action directe du poison typhique sur la glande ; elle se montre dans la convalescence et a la plus grande tendance à la résolution ; elle se caractérise par un gonflement douloureux de la région parotidienne sans catarrhe du canal de Stenon.

XXII. — A. Robin donne l'observation d'un homme de 26 ans, qui, vers le dixième jour d'une fièvre typhoïde un peu anormale, présenta des collections purulentes dans plusieurs articulations, dans plusieurs gaines synoviales, une périostite suppurée du tibia et des abcès de la région sous-hyoïdienne et chondro-costale gauche. L'autopsie permit d'affirmer le diagnostic de fièvre typhoïde.

L'auteur ne croit pas qu'on doive admettre l'hypothèse d'un rhumatisme articulaire aigu, intercurrent et terminé par suppuration ; il écarte l'idée de l'infection purulente et pense qu'il s'agit plutôt d'un rhumatisme typhique, comparable aux rhumatismes secondaires, à celui des scarlatineux en particulier.

XXIII. — Fernet communique à la Société clinique l'observation de quatre malades qui ont présenté des accidents de gravité inégale à la suite de la fièvre typhoïde : chez un malade c'est le phénomène du doigt mort qui se produit durant la convalescence ; chez un autre, la cicatrice d'un adéno-phlegmon inguinal guéri au moment où débute la fièvre typhoïde, se rouvre au quinzième jour de la maladie. La troisième observation est un exemple de phtisie rapide qui évolue à la suite de la fièvre typhoïde et se termine en moins de trois mois par la mort. La quatrième a trait à une pleurésie purulente d'emblée, débutant par les symptômes de la pleurésie diaphragmatique dans les premiers jours de la convalescence d'une dothiénentérie assez grave.

XXIV. — Régis Gral rapporte quelques observations de fièvre typhoïde survenue chez des tuberculeux : la dothiénentérie ne paraît pas avoir été modifiée dans son évolution, mais la tuberculose tend à prendre une marche rapide à l'époque de la convalescence.

Dans une autre série de faits, les premiers symptômes de la phtisie se montrent pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde qui avait éclaté au milieu d'une santé bonne en apparence ; alors encore la tuberculose est le plus souvent rapide ; son invasion peut, dans les premiers jours simuler une rechute de la dothiénentérie.

XXV. — Sur 460 femmes typhiques traitées à Lariboisière, en 1882, 16 étaient enceintes. Martinet, qui a recueilli les observations dans le service de Siredey, en fait l'analyse et en tire les conclusions suivantes :

La fièvre typhoïde est rare dans la grossesse. Elle détermine l'avortement dans plus de la moitié des cas (9 sur 15 cas de Martinet), d'autant

plus sûrement que la grossesse est moins avancée. Les formes les plus légères peuvent produire l'avortement. Cette complication survient ordinairement dans le cours du troisième septénaire et quelquefois au début de la convalescence ; elle n'entraîne ni recrudescence, ni retour de la fièvre. Les accidents puerpéraux sont exceptionnels. Les causes prochaines de l'avortement sont encore inconnues : les températures élevées, la congestion utérine active ou passive, et l'altération du sang, quoique paraissant les plus probables, ne peuvent être invoquées dans tous les cas. Chez une malade (au terme de 7 mois 1/2), la température atteignit un soir 41° et oscilla autour de 40° pendant huit jours et néanmoins la grossesse arriva à son terme et l'enfant est venu vivant. Le traitement général de la dothiénentérie et celui de l'avortement restent les mêmes qu'en toute autre circonstance. G. HOMOLLE.

XXVI. — Dans l'espace d'une année on a eu, à la Morgue, l'occasion de pratiquer 5 autopsies d'enfants ayant moins d'un an (l'un d'eux n'avait que 6 jours), dont le décès survenu inopinément, en pleine santé, avait éveillé des soupçons de mort violente. La lésion, qui dans tous les cas avait entraîné la mort, était une congestion pulmonaire avec catarrhe bronchique ; 3 fois il y avait des ecchymoses ponctuées sous-pleurales et sous-péricardiques. Une seule fois les plaques de Peyer étaient ulcérées, mais la présence constante d'une hypertrophie des ganglions mésentériques, de la rate et du foie, paraît ne permettre aucun doute sur le diagnostic de fièvre typhoïde.

XXVII. — Garçon robuste de 12 ans admis à la clinique des enfants de Kohts, à Strasbourg.

Le 19e jour, apyrexie le matin.

Le 21e, quelques vomissements accompagnant une angine.

Le 27e, violent frisson avec température de 41°,1.

Ce frisson ne se reproduit pas, mais, deux jours plus tard, vives douleurs dans l'hypocondre droit, qui persistent jusqu'à la fin. Au-dessous du rebord costal droit tumeur mate à la percussion, rénite, élastique, descendant jusqu'au-dessous de l'ombilic, impossible à délimiter à cause de la sensibilité. A son niveau, loin d'être saillant, l'abdomen est plutôt rétracté. Pas d'ictère, ni de circulation collatérale.

Fièvre vespérale. Collapsus et mort le 35e jour.

A l'autopsie foyer caseux enkysté au sommet du poumon droit qui est adhérent ; infarctus hémorragique dans le lobe moyen correspondant.

Ulcérations des plaques intestinales cicatrisées.

Abcès multiples du foie, soit à la face convexe du lobe droit, soit dans les deux lobes sur les coupes. Ces abcès siègent dans les rameaux de la veine-porte dont le tissu est rempli de pus. Ils proviennent d'une suppuration des ganglions, du mésentère iléo-cœcal. Thrombus suppurés dans les veines mésaraïques correspondant ; un ganglion suppuré en arrière de la tête du pancréas.

XXVIII. — Garçon de 7 ans, pris dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, d'une hémiplégie droite de la face et des membres et d'une paralysie du moteur oculaire externe ; la langue est déviée à droite, la luette à gauche. Ni aphasie, ni symptômes cérébraux.

Au bout de 15 jours, disparition graduelle des phénomènes paralytiques, commençant par la jambe et par le moteur oculaire : Réaction électrique des muscles normaux, aux courants d'induction.

Dans les mêmes conditions Henoch avait déjà observé chez une fillette de 11 ans, des paralysies multiples des nerfs crâniens (double ptosis, strabisme interne et aphasie).

XXIX. — Garçon de 6 ans, au 12e jour d'une fièvre typhoïde adynamique :

fièvre (40°,2) et dysphagie. Le lendemain rémission notable de la fièvre, mais l'enfant ne répond plus aux questions et gémit constamment ; respiration entrecoupée ; tête renversée en arrière ou agitée latéralement. Puis surviennent des mouvements choréiformes de tous les muscles du corps, avec mâchonnement et rire sardonique, qui ne cessent que pendant le sommeil.

Hyperesthésie générale, incontinence des fèces et des urines.

Au bout de 3 jours, c'est-à-dire le 16e jour de la fièvre typhoïde les troubles morbides commencent à diminuer, mais les mouvements rhythmiques persistent aux jambes jusqu'au 24e jour.

Dès le 22e l'enfant pouvait dire oui et non et le 23e au matin il avait intégralement retrouvé la parole.

L'apyrexie ne fut complète que le 37e jour. (*R. S. M.*, II, 226 et 719 ; III, 240 et 241 ; IV, 555 ; XV, 150 ; XX, 117.) J. B.

**I. — Note sur deux cas d'accidents survenus pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, par VULPIAN** (*Revue de médecine*, 10 *août* 1883).

**II. — Des angines dans la fièvre typhoïde, par CARRIEU** (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montp., juin-juillet* 1883).

**III. — Contribution à l'histoire de l'orchite typhoïdique, par Aug. OLLIVIER** (*Revue de médecine*, 10 *novembre* 1883).

I. — Sous ce titre, M. Vulpian publie d'abord l'observation d'un individu âgé de 28 ans, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde de faible intensité, fut pris de douleurs violentes dans la cuisse et dans la jambe droites. Ces douleurs avaient pour siège principal la face antéro interne de la cuisse, au niveau de l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de ce segment du membre, et irradiaient, en suivant à peu près le trajet de l'artère crurale, vers la partie supérieure de la jambe. Elles revenaient spontanément, mais s'exaspéraient par la pression : celle-ci ne faisait découvrir la présence d'aucun cordon dur roulant sous le doigt. Les ganglions lymphatiques inguinaux étaient un peu tuméfiés, la teinte de la peau ne différait pas de celle des parties voisines. Au bout de quelques jours, on s'aperçut, lorsque le malade se mettait debout, que le membre se cyanosait et que les veines du dos du pied et de la jambe droite se distendaient plus que du côté gauche ; en outre les battements de la tibiale postérieure droite étaient beaucoup plus faibles que ceux de l'artère du côté opposé. Après être resté environ quinze jours dans cet état, une amélioration très notable se produisit, les battements de la tibiale postérieure étaient presque aussi forts des deux côtés; le malade quitta l'hôpital.

M. Vulpian se basant sur l'intensité des douleurs, l'absence de cordon dur superficiel, l'affaiblissement des battements de l'artère tibiale postérieure, pense qu'il s'agit dans ce cas d'une artérite localisée au segment inférieur de l'artère crurale.

La seconde observation est celle d'un homme qui dans le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde fut pris de douleurs au niveau de l'épaule et du membre supérieur droit. Quelques jours après le malade s'aperçut qu'il ne pouvait mouvoir le bras correspondant ; il lui était impossible de fléchir l'avant-bras, d'écarter le membre du tronc tandis que les mouvements des doigts avaient conservé toute leur énergie. Les muscles deltoïdes, biceps brachial antérieur et triceps étaient flasques et la contractilité faradique était très diminuée au niveau du deltoïde ; quelques jours après, cet affaiblissement de la contractilité s'étendait au biceps, au triceps, ainsi qu'aux muscles sus et sous-épineux et grand dorsal ; les muscles épicondyliens eux-mêmes semblaient

réagir moins fortement que de l'autre côté. La sensibilité était intacte. Au bout d'un mois environ la plupart des muscles étaient revenus à l'état normal, à l'exception du deltoïde qui était très atrophié.

M. Vulpian pense que dans ce cas il s'agit d'une myélite localisée, aux cornes antérieures, occupant la plus grande étendue de la région cervicale, mais intéressant surtout les cellules d'origine du nerf circonflexe.

C. GIRAUDEAU.

II. — L'auteur résume dans ce mémoire dix observations de diverses lésions bucco-pharyngées qu'il a eu l'occasion de recueillir récemment, soit à l'hôpital, soit dans sa clientèle. Il les divise de la façon suivante : angine simple (5); angine ulcéreuse (1); angine diphtérique (2); muguet (1); stomatite ulcéro-membraneuse (1). Les deux premières affections ne seraient que des localisations assez rares, sans être anormales, des processus typhiques; tandis que les angines parasitaires du muguet et de la diphtérie ne dépendent que d'une façon indirecte de la fièvre typhoïde qui leur prépare seulement un terrain favorable. Ces diverses manifestations paraissent être plus importantes et plus fréquentes qu'on ne l'admettait jusqu'aujourd'hui, bien qu'elles aient été signalées par tous les auteurs.

Dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Montpellier en juin-juillet 1883, on a pu observer un très grand nombre d'angines sur les soldats transportés à l'hôpital Saint-Eloi. Les récentes communications de Duguet et Damaschino (voy. ci-dessus) à la Société médicale des hôpitaux ont également appelé l'attention sur ce point au sujet de la dernière épidémie de fièvre typhoïde de Paris. A. MOSSÉ.

III. — M. Ollivier a réuni 27 observations d'orchites développées dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Sur ce nombre 22 fois l'orchite serait apparue à l'époque de la convalescence et 5 fois seulement pendant la période d'état de la maladie. Ordinairement unilatérale, elle porte surtout sur le testicule, mais peut envahir également l'épididyme; celui-ci ne serait qu'exceptionnellement le siège exclusif de cette complication. La vaginale est ordinairement vide de liquide ou n'en contient qu'une petite quantité; la guérison sans atrophie est la règle après une durée d'environ douze jours. Six fois cependant M. Ollivier aurait noté la terminaison par suppuration. Après avoir exposé les caractères qui différencient l'orchite typhoïdique de l'orchite rhumatismale, blennorrhagique et des oreillons, l'auteur discute les hypothèses qui ont été émises sur sa nature et ne partage aucune d'elles. « Il vaut mieux, dit-il en terminant, avouer notre ignorance sur ce point, mais si l'explication est encore à trouver, le fait clinique est indiscutable. C. GIRAUDEAU.

**Zur Pathogenese des Abdominaltyphus, par Ed. MARAGLIANO** (*Centralblatt für die med. Wiss.*, n° 41, 1882).

Maragliano, sur quinze individus atteints de fièvre typhoïde, a recherché si le sang renfermait les microorganismes que Eberth et Klebs ont trouvés dans les cadavres des typhiques. Le sang de la rate a été recueilli par une ponction faite avec la seringue de Pravaz, ponction qui serait totalement innocente. Dans tous les cas qu'il a dû examiner, l'auteur a

toujours trouvé, à la période culminante de la fièvre typhoïde; des microorganismes dans le sang de la circulation générale; ils se présentent soit isolés, soit réunis en groupe, comme des corpuscules sphéroïdaux, d'aspect homogène et possédant parfois des mouvements plus ou moins accusés.

Dans le sang de la rate, outre ces corpuscules, il a trouvé encore des microorganismes à forme de petits bâtonnets très déliés, analogues à ceux qu'avaient décrits Klebs et Eberth ; ils sont en nombre beaucoup moins considérable que les microorganismes sphéroïdaux. Pendant la convalescence, ces corpuscules particuliers disparaissent aussi bien dans le sang de la rate que dans le sang de la circulation générale. Chez les malades soumis à l'action des sels de quinine à haute dose, ces microorganismes disparaissent ou sont en bien moindre quantité.

De nombreuses cultures lui ont permis d'obtenir une grande quantité de bâtonnets semblables à ceux qu'il avait trouvés dans le sang vivant recueilli dans le parenchyme splénique. W. OETTINGER.

**Étude comparative de la fièvre typhoïde chez l'homme et chez le cheval, par J.-M. SERVOLLES** (*Thèse de Paris*, 1882).

L'auteur de cet intéressant travail établit tout d'abord la distinction fondamentale en vétérinaire comme en pathologie humaine des états typhoïdes et de la fièvre typhoïde; celle-ci constituant une maladie définie tandis que les premiers peuvent se rencontrer indistinctement dans la pneumonie, l'influenza, et diverses affections du système nerveux, etc.

La maladie ainsi comprise peut être comparée à la fièvre typhoïde de l'homme aux divers points de vue de l'étiologie, des symptômes et des lésions anatomiques.

L'une et l'autre sont des maladies de l'adolescence ; la fièvre typhoïde du cheval s'observe surtout de 4 à 6 ans, c'est-à-dire vers l'âge des remontes et de la conscription; les changements de vie et de milieu semblent avoir une influence supérieure à celle de l'âge même. L'acclimatement a une influence considérable. Ce que l'on a dit de la prédominance de la maladie chez les chevaux de belle apparence se rapporte surtout à des animaux engraissés en vue de la vente.

Le surmenage, l'encombrement ne sont pas des conditions étiologiques moins défavorables dans la maladie des chevaux que dans la fièvre typhoïde. La contagion est démontrée d'une façon non douteuse ; il est fréquent de voir la maladie apparaître dans une écurie ou dans une région primitivement indemnes, après l'arrivée d'un cheval qui a contracté la maladie dans un foyer épizootique ; la transmission se fait alors de proche en proche. Le mode d'infection n'est pas connu ; il est probable que les fumiers ne sont pas étrangers à la propagation du mal.

Les analogies sont rendues peut-être plus frappantes encore par l'étude parallèle des symptômes. Le mode de début est en général graduel ; l'évolution du mouvement fébrile serait tout à fait comparable s'il faut s'en rapporter à la courbe donnée par Schmidt, laquelle peut être presque exactement superposée à la courbe classique de Wunderlich. Les symptômes qui indiquent presque constamment chez le cheval une altération de l'appareil respiratoire, la sécheresse de la langue, la diarrhée, en gé-

néral, précédée de constipation et souvent très fétide, paraissent des points de comparaison très intéressants.

On peut de même établir quelques analogies entre les diverses formes cliniques, qu'affecte la maladie dans l'espèce humaine et chez le cheval, et les caractères particuliers qu'elle emprunte à la prédominance de certains éléments symptomatiques ou à la participation plus marquée de certains appareils organiques (forme muqueuse, nerveuse, broncho-pulmonaire, rénale, etc.).

Des complications de même ordre surviennent dans les deux maladies (laryngite ulcéreuse ou non, broncho-pulmonaire, pneumonie lobaire, gangrène du poumon, angines, parotidites, gangrènes périphériques, ruptures musculaires, entérorragies).

Les lésions anatomiques peuvent être étudiées comparativement dans tous les grands appareils qui sont plus ou moins gravement intéressés. La plus grande analogie se manifeste pour les lésions des voies respiratoires, du cœur, du foie, des reins, de la rate, des muscles et des centres nerveux.

La muqueuse intestinale est toujours atteinte chez l'homme comme chez le cheval, mais les ulcérations qui sont la règle dans l'espèce humaine, sont l'exception chez le cheval. Les glandes isolées ressemblent à des furoncles, les plaques de Peyer sont tuméfiées et entourées d'une auréole rouge noirâtre. L'auteur n'a jamais observé de pertes de substance, mais il y a des observations incontestables dans lesquelles la ressemblance des ulcérations intestinales avec celle de la dothiénentérie humaine a été constatée par des médecins.

Malgré les analogies qui rapprochent les deux maladies, il est impossible d'affirmer leur identité en l'absence de faits démonstratifs qui établissent la transmission du mal de l'homme au cheval ou du cheval à l'homme.

G. HOMOLLE.

**I. — Contusion de l'estomac ; accidents immédiats et consécutifs (symptômes d'ulcère simple), par DUPLAY** (*Arch. gén. de méd., septembre* 1881).

**II. — Cancer du cardia, par HANOT** (*Ibid., octobre* 1881).

**III. — Trois cas de malformation de l'estomac, par CARRINGTON** (*Path. Soc.; Med. Times and Gaz., janvier* 1882).

**IV. — Klappenbildung an der Cardia (Formation de valvules au niveau du cardia), par QUINCKE** (*Deuts. Arch. f. klin. Med., Band XXXI, Heft* 3 *et* 4, 1882).

**V. — Ueber das Vorkommen von Magnesiumphosphat im Harn von Magenkranken (De la présence du phosphate de magnésie dans les urines des individus atteints d'une affection gastrique), par W. EBSTEIN** (*Ibid., Band XXXI, Heft* 1 *et* 2).

**VI. — Beiträge zur Diagnostik der Magenkrankheiten (Contributions au diagnostic des affections de l'estomac), par LEUBE** (*Ibid., Band XXXIII, Heft* 1, 1883).

**VII. — Observations de dilatation de l'estomac sans obstacle pylorique, par BERNHEIM** (*Mém. de la Soc. de méd. de Nancy*, 1881).

**VIII. — Atrophie généralisée. Cirrhose de l'estomac avec disparition des glandes à pepsine, par SCHMITT** (*Ibid.*).

**IX. — Ueber das Verhältniss der Magengährungen zur mecanischen Mageninsufficienz (Des rapports des fermentations gastriques avec l'insuffisance mécanique de l'estomac), par NAUNYN** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XXXI, Heft* 3 *et* 4, 1882).

**X. — Ueber periodisches Erbrechen, etc. (Des vomissements (crises gastriques), avec remarques sur les affections nerveuses de l'estomac, par LEYDEN** (*Zeitschr. f. klin. Med., t. IV, p.* 605, 1882).

**XI. — Hematemesis in chronic enlargement of the spleen (Hématémèses dans les hypertrophies chroniques de la rate), par OSLER** (*Proced. medico-chir. Soc. of Montreal, in Med. News,* 1882).

**XII. — Contribution à l'étude de l'œsophagisme, par ELOY** (*Gaz. hebd. de méd. et de chir., p.* 741, 1880).

**XIII. — De la ponction capillaire de l'estomac pour l'injection de liquides, par TANSINI** (*Gazz. degli Ospitali, août* 1882).

**XIV. — Perforirendes Magengeschwür mit tödlicher Blutung, etc. (Ulcère perforant de l'estomac simulant l'anémie pernicieuse. Hémorragie mortelle. Ulcération de l'artère splénique avec formation de thrombus, puis d'embolies artérielles. Infarctus spléniques), par LITTEN** (*Berlin. klin. Woch., n°* 49, *p.* 693, 1880).

**XV. — Histologie des cicatrices d'ulcères ronds de l'estomac. Rapports de cette affection avec le cancer, par HAUSER, ZENKER, QUINCKE, LITTEN** (*Ibid., n°* 43, *p.* 657, 1882).

**XVI. — Ulcus rotundum perforans ventriculi (Ulcère perforant de l'estomac chez un enfant), par EROSS** (*Jahrb. f. Kinderheilk., p.* 331, 1882).

**XVII. — Cas d'ulcère simple de l'estomac, par WERTHEIMBER** (*Ibid., Band XIX, Heft* 1, 1882).

**XVIII. — Hématémèses produites par un lavage de l'estomac chez un malade atteint d'ulcère simple, par CORNILLON** (*Progr. méd., avril* 1883).

I. — Les trois observations réunies sous ce titre sont la confirmation des faits d'ulcère simple traumatique signalés par M. Potain :

*Obs. I.* — Femme de 34 ans, attaquée le matin même de son entrée à l'hôpital par des malfaiteurs qui l'ont rouée de coups. La région épigastrique a été atteinte. Quatre heures après, la malade est prise de vomissements et rend du sang presque pur, dont la quantité est évaluée à un demi-verre environ; dans la journée plusieurs vomissements semblables et intolérance gastrique absolue. Le lendemain pas de vomissements; boissons froides supportées. Les jours suivants, crampes très douloureuses et envie de vomir au moment de l'ingestion des liquides; douleur vive à la pression au niveau du creux épigastrique.

Guérison au bout de quinze jours.

*Obs. II.* — Homme de 48 ans, renversé par une voiture six semaines avant son entrée à l'hôpital. Dans cette chute, la région épigastrique porta violemment sur le sol. Pas d'accidents le jour du traumatisme. Le lendemain matin douleurs intenses à la région épigastrique, vomissements renfermant du sang noir et coagulé.

Les jours suivants, vomissements noirâtres. soif, inappétence, douleurs au moment de l'ingestion des liquides. Au bout de quinze jours, amélioration sous l'influence du lait et de l'eau de Vichy, mais bientôt réapparition du même phénomène : vomissements marc de café, douleurs épigastriques avec irradiation dans le dos rendant le sommeil impossible. Guérison rapide et définitive sous l'influence du régime lacté.

*Obs. III.* — Femme de 26 ans, ayant fait une chute dans laquelle la région de l'estomac porta sur l'angle d'une table. Immédiatement syncope et vomissement alimentaire.

Le troisième jour et les jours suivants, hématémèse rouge et intolérance gastrique. Cet état dure pendant trois semaines et détermine un amaigrissement extrême. A l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate une douleur très vive à la pression du creux épigastrique, et une douleur spontanée moins violente avec irradiation dans le dos. Le régime lacté n'est supporté qu'avec addition de laudanum.

Amélioration puis rechute (hématémèse, douleur) à l'occasion d'un écart du régime. Guérison définitive sous l'influence du régime lacté et de l'eau de Vichy. P. MERKLEN.

II.—L'auteur rapporte deux observations de cette forme rare de cancer de l'estomac en insistant sur les particularités suivantes. Au point de vue clinique, l'affection est caractérisée essentiellement par la dysphagie avec douleur et sensation de gêne au niveau du cardia, par les vomissements qui appartiennent au type des vomissements œsophagiens ; enfin par l'exagération du cœur épigastrique due au retrait considérable de l'estomac. Au point de vue anato-pathologique, le cardia étant un point net de différenciation entre la muqueuse stomacale pourvue d'un épithélium cylindrique et la muqueuse œsophagienne tapissée d'un épithélium pavimenteux, on doit s'attendre à trouver dans cette région deux formes d'épithéliomas, suivant que le début de la lésion aura été stomacal ou œsophagien. Et, en effet, dans l'une des observations de l'auteur, il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux, dans l'autre, d'un épithélioma à cellules cylindriques.

P. MERKLEN.

III. — Chaque spécimen était formé de deux poches, l'une pylorique, l'autre cardiaque, séparées par un rétrécissement. Dans un cas, la partie rétrécie pouvait admettre l'index, dans les deux autres un crayon seulement. L'auteur ne put découvrir de traces d'ulcérations ou de cicatrices pour expliquer cette malformation.

Les parois du rétrécissement présentaient la même épaisseur que le reste de l'organe. Dans un cas, une artère supplémentaire du volume de la radiale, pénétrait dans la paroi antérieure de l'estomac, immédiatement au-dessous de la petite courbure. De ces trois observations et de cinq autres qu'il a pu réunir, Carrington conclut que cette disposition peut être attribuée soit à une malformation congénitale, soit à des lésions pathologiques ; que dans le premier cas il s'agit probablement d'un retour vers quelque type inférieur. J-B. H.

IV.— H. S..., 42 ans, ouvrier, se plaint depuis une dizaine d'années de son estomac. Les vomissements auxquels il est sujet depuis longtemps ont gagné en fréquence depuis mars 1878 et les matières vomies sont devenues semblables à du marc de café. A l'automne de cette même année, le malade a eu les symptômes d'une néphrite, avec œdème, qui se sont dissipés.

En avril 1879, le malade entre à l'hôpital de Kiel. Il se plaint surtout de douleurs siégeant au niveau de l'appendice xyphoïde et qui éclatent par accès

pendant les repas, quelquefois durant la nuit. On constate une dilatation considérable de l'estomac. Le malade vomit en abondance des matières alimentaires mélangées de sang. Si le rejet des aliments hors de l'estomac se fait sans difficulté, il n'en est pas de même de leur introduction. L'obstacle à l'entrée dans l'estomac se manifeste d'ailleurs lors du cathétérisme de l'organe; cependant les résistances sont variables d'un jour à l'autre, et tantôt le malade ne peut avaler que des aliments liquides, tantôt il arrive à ingérer sans peine des aliments solides. En somme, on fut amené à soupçonner l'existence au niveau du cardia d'un système de valvules, conséquence probable d'un diverticulum de l'œsophage, consécutif à une dilatation de l'estomac, entraînée elle-même par un rétrécissement du pylore.

Un traitement fondé sur l'emploi du pompage stomacal ne put aboutir. Le malade quitta l'hôpital et l'automne suivant il fut emporté par une gastrorragie.

*Autopsie.* Atrophie granuleuse du rein; dilatation de l'estomac. Deux ulcérations calleuses occupent l'une la petite courbure, l'autre le pylore. Celle-ci de vieille date, d'aspect cicatriciel, intéresse la muqueuse et la tunique musculaire. L'autre représente un anneau de 6 centimètres de diamètre dans le voisinage du cardia, mais se prolonge sous forme de languette le long de la petite courbure, de telle sorte que son plus grand diamètre mesure 11 centimètres. Par suite de l'érosion de la muqueuse, la ligne de démarcation entre l'œsophage et l'estomac se trouve complètement effacée. L'œsophage est dans sa portion inférieure dilaté en entonnoir. L'épaisseur de sa paroi est à ce niveau de 0,9 millimètres, la couche musculaire à fibre circulaire mesure jusqu'à 0,3 et la couche de fibres longitudinales 0,2.

Au-dessus de l'ulcération, la muqueuse de l'œsophage est amincie, il existe en ce point une cicatrice allongée qui se perd insensiblement dans la perte de substance. Celle-ci est aplatie dans sa partie supérieure, tandis que la partie inférieure beaucoup plus profonde est cotoyée par un rebord saillant. C'est en ce point que se voyait le vaisseau artériel béant qui avait été la source de l'hémorragie mortelle. Le fond de l'ulcération était constitué par un tissu cicatriciel dense, adhérent en partie au poumon, en partie au foie et formant un diverticulum d'un centimètre de profondeur. Il n'existait pas de rétrécissement proprement dit du cardia. F. LABADIE-LAGRAVE.

V. — Ebstein publie l'observation d'un homme de 49 ans, qui vint le consulter pour des troubles digestifs remontant à treize années ; dyspepsie, pesanteur à l'épigastre; depuis quinze jours, vomissements rebelles.

Le malade n'avait jamais eu de gastrorragie. Il était sujet à une constipation habituelle qu'il ne parvenait à vaincre qu'à l'aide de lavements. Il existait une dilatation de l'estomac de moyen degré; enfin l'urine renfermait des cristaux de phosphate de magnésie. C'est la seconde fois que l'auteur a pu faire semblable constatation dans de l'urine fraîche; la première fois ce fut chez un malade du même genre. Sous l'influence des vomissements répétés une certaine quantité d'acide libre de l'estomac est soustrait aux phénomènes de nutrition; la réaction alcaline de l'urine devient prédominante. C'est sans doute parce que l'urée tarde à se transformer en carbonate d'ammoniaque, ce qui entraîne la transformation en phosphate ammoniaco-magnésien du phosphate de magnésie, que ce dernier corps apparaît en pareilles circonstances dans les sédiments urinaires. F. LABADIE-LAGRAVE.

VI. — Les affections de l'estomac sont d'un diagnostic très difficile, le plus souvent. Les symptômes pathognomoniques font presque totalement

défaut, et il est rare que l'on arrive à dépasser un certain degré de vraisemblance.

Un des points les plus importants à décider est de savoir jusqu'à quel point l'estomac a conservé sa puissance digestive. L'emploi de la sonde gastrique peut être à ce point de vue d'une utilité très grande ; son introduction n'est contre indiquée que dans certains cas de cancer ou d'ulcère rond.

Tout d'abord, on peut quelque temps après l'ingestion des aliments rechercher à quel degré de digestion ils sont parvenus. Les recherches de Leube et celles de ses élèves lui permettent d'affirmer que cette digestion doit être complète au bout de sept heures. Le repas se composait toujours d'un gros beefsteak et d'un petit pain blanc.

Enfin, il est possible d'extraire par la sonde du liquide stomacal plus ou moins dilué et de constater quel est le degré de son acidité, quel est le temps qui lui est nécessaire pour digérer de petits fragments d'albumine d'œuf coagulé par la chaleur. On peut de cette façon dresser des tables analogues à celles que publie Leube.

Pour obtenir le suc gastrique en certaine abondance, on peut irriter mécaniquement la muqueuse de l'estomac, soit par la sonde œsophagienne, soit par tout autre moyen inoffensif. Leube s'est servi d'une décoction d'épis d'orge qui exerce par les particules qu'elle charrie une certaine excitation sur la surface de la muqueuse gastrique. Il suffit de faire alors un lavage avec une quantité donnée d'eau pour obtenir des solutions comparables.

En procédant ainsi, l'auteur a constaté que dans l'urémie le suc gastrique n'a pas perdu de son pouvoir digestif.

Il termine en signalant l'existence d'une dyspepsie spéciale due à la malaria. Il n'y a ni gonflement de la rate, ni accès de fièvre : c'est surtout par les circonstances extérieures et par la guérison qu'amène le sulfate de quinine que doit se faire le diagnostic. A. MATHIEU.

VII. — 1° C..., âgé de 58 ans, entre pour une dyspepsie avec régurgitations aigres, vomissements, douleurs épigastriques, symptômes durant depuis 15 ans, et aggravés depuis 18 mois. Sonorité tympanique descendant au-dessus de l'ombilic, bruit de flot. Lavage avec le tube Faucher, qui permet de retirer de 1 à 3 litres de liquide aqueux. — Au bout d'un mois de traitement accidents épileptiformes et mort.

A l'autopsie, on trouve un estomac énorme, mesurant 26 centimètres sur la petite courbure, 67 à la grande, et 18 de large ; il contient 3 litres de liquide marc de café. La muqueuse est épaissie ; les glandes sont dilatées, les fibres musculaires hypertrophiées, et une néoformation abondante de cellules embryonnaires envahit la muqueuse, et explique l'épaississement des parois.

2° X... souffre depuis 10 ans de dyspepsie ; il est très amaigri ; son estomac descend presqu'au pubis fluctuant et gargouillant. Sondé 2 à 3 fois par jour il rend jusqu'à 10 litres de liquide grisâtre marc de café. A l'autopsie on trouve une dilatation énorme avec hypertrophie de l'estomac descendant jusqu'au pubis, sans altération du pylore.

L'auteur donne ensuite un résumé de 7 autres observations, traitées avec succès par le lavage de l'estomac. Il admet que le catarrhe chronique de l'estomac, la prolifération nucléaire et l'hypertrophie glanduleuse de la muqueuse peuvent amener la dilatation hypertrophique. L'afflux rapide d'une grande quantité de liquide dans l'estomac, amène une distension excessive, répétée

ou permanente et par suite sa dilatation. Bernheim insiste sur la fréquence de la dilatation précoce chez les dyspeptiques. H. L.

VIII. — M..., âgé de 46 ans, a depuis 8 ans présenté des troubles gastriques variés, inappétence, pyrosis, douleurs épigastriques, vomissements qui peu à peu l'ont amené à un état d'extrême cachexie analogue à celui des cancers de l'estomac.

A l'autopsie on constate une atrophie très marquée de divers viscères. Insufflé, l'estomac a une contenance de 105 centimètres cubes et mesure sur la petite courbure 7 centimètres au lieu de 12 : sur la grande courbure 16, 5 au lieu de 25.

Le pancréas pèse 30 grammes, le foie 640, la rate 37, les reins 80 et 30, le cœur 108, les poumons 400, le cerveau 1,020. Il s'agit là d'atrophie sans sclérose, sauf pour le rein.

La tunique musculaire de l'estomac est intacte, dans la muqueuse le nombre des glandes a notablement diminué ; le tissu périglandulaire a un aspect fibrillaire, parsemé de noyaux en forme de larges traînées fibroïdes.

L'auteur rapproche ce cas de quelques autres étudiés sous le titre d'anémie pernicieuse progressive. H. L.

IX. — Naunyn rappelle ce qu'il faut entendre par insuffisance de l'estomac ou insuffisance pylorique, les moyens de diagnostiquer ce trouble fonctionnel, les résultats donnés par l'emploi du pompage stomacal, la composition des matières évacuées par le pompage. Il admet que les troubles digestifs qui accompagnent l'insuffisance pylorique dépendent des fermentations anomales dont l'estomac est le siège en pareil cas et que le pompage n'agit pas mécaniquement comme on l'a cru, mais en éliminant les principes (sarcines, ferments de la levûre, etc.) qui entretiennent les fermentations anomales. Celles-ci sont favorisées par le séjour prolongé des aliments dans l'estomac, conséquence de l'insuffisance de cet organe. On a donc exagéré l'importance de l'élément mécanique dans la pathogénie des troubles digestifs qui accompagnent la dilatation de l'estomac pour négliger d'autant l'élément chimico-physiologique.

F. LABADIE LAGRAVE.

X. — Dans le mémoire que nous analysons, Leyden étudie les crises gastriques. Parlant d'abord de celles qui surviennent dans le cours de l'ataxie locomotrice il rappelle la description classique de M. Charcot, mais, en outre, il affirme que ces crises peuvent être primitives, peuvent se développer en dehors de toute affection de la moelle. La maladie débute alors sans cause appréciable, ou bien à la suite d'une indigestion ou d'un refroidissement. La crise dure quelques heures ou plusieurs jours, caractérisée par des vomissements, des douleurs vives à l'épigastre, de la céphalalgie et une hyperesthésie générale.

On remarque pendant l'accès : 1° Une rétraction de l'abdomen ; 2° une constipation qui est vraisemblablement liée à une contraction de l'intestin. Les purgatifs sont vomis, les lavements demeurent sans effet. 3° L'urine est rare, foncée, sédimenteuse, d'une odeur pénétrante spéciale. 4° Le pouls est fréquent et large. 5° Les vomissements sont très abondants, d'abord alimentaires, puis formés par un liquide brunâtre contenant de nombreuses cellules épithéliales de l'estomac, quelquefois des sarcines ; finalement les vomissements sont bilieux ; ils contiennent parfois des stries sanguines, mais il n'y a jamais d'hématémèses proprement dite. 6° Les crises sont parfois précédées de douleurs déchi-

rantes dans les extrémités, douleurs qui n'ont cependant pas le caractère fulgurant.

La médication est peu active. On se borne à conseiller le repos et les injections de morphine. M. DEBOVE.

XI.— Osler insiste sur la fréquence des hémorragie dans les cas d'affections spléniques et rapporte quatre observations d'hématémèses profuses, liées les deux premières à une anémie d'origine splénique, les dernières à la leucocythémie. L. D.-B.

XII. — L'auteur reproduit en les résumant la plupart des observations connues. Il les groupe sous 5 chefs différents :

1° Œsophagisme et troubles utérins ;

2° Œsophagisme et état dyspeptique ;

3° Œsophagisme et lésions du vestibule des voies digestives ;

4° Œsophagisme et état nerveux ;

5° Œsophagisme par trouble fonctionnel de cause locale des muscles de l'œsophage.

Au point de vue étiologique, il résume ainsi ses opinions. L'œsophagisme dans la majorité des cas a pour cause prédisposante une vive impressionnabilité nerveuse acquise ou héréditaire ; de là sa fréquence dans les états morbides qui sont une cause d'éréthisme nerveux ; au point de vue thérapeutique, les moyens les plus efficaces pour combattre l'œsophagisme, indépendant de troubles fonctionnels sympathiques, c'est-à-dire contre l'œsophagisme de cause nerveuse locale ou centrale, sous le cathétérisme simple ou avec dilatation, comme agent mécanique ; la morphine par la méthode hypodermique comme analgésique et le bromure de potassium en potion ou en lavement, comme modérateur du pouvoir réflexe. De plus, ce dernier médicament facilitera le cathétérisme, en donnant à la muqueuse une tolérance plus grande au contact des instruments d'exploration ou de dilatation. L. JULLIEN.

XIII. — L'auteur propose ce moyen thérapeutique quand le passage d'une sonde œsophagienne est impossible et dans les cas d'empoisonnement où il faut agir avec rapidité. Des expériences sur les animaux lui ont démontré l'innocuité de ces ponctions. Il prend les points de repère indiqués pour la gastrostomie et introduit son aiguille à 6 centimètres de l'appendice xyphoïde, un peu sur la gauche, près du rebord costal, la pointe de l'instrument étant légèrement dirigée du côté du diaphragme.

A. C.

XIV. — Cocher de 32 ans, entré le 20 août, dans la clinique de Frerichs. Bien portant jusqu'à il y a 4 semaines. Depuis lors, vomissements subits et sans efforts une heure après le repas. Matières vomies composées uniquement d'aliments; jamais de sang ni de masses marc de café.

Le malade se plaint uniquement d'accès de palpitations avec dyspnée et de douleurs dans les jointures des jambes.

Anémie extrême. Appétit bon; selles régulières ; urines normales. Epigastre indolore même à une pression profonde.

Souffle systolique à la pointe du sternum, variant à chaque instant d'intensité et de timbre, de façon à faire croire tantôt à une endocardite, tantôt à une péricardite. Frémissement cataire à la pointe.

Pendant le cours du mois suivant, l'état général empire malgré la régularité de l'appétit et des digestions. En outre, le malade a des paroxysmes de douleurs lancinantes irradiant de l'épigastre vers l'épaule gauche et l'on constate à plusieurs reprises des hémorragies rétiniennes.

Les globules blancs du sang sont à peine augmentés de nombre, les rouges sont très pâles, polymorphes : beaucoup sont trop petits et profondément ombiliqués.

Le 23, hématémèse de 700 grammes et melœna. Deux jours après hémorragies punctiformes dans les rétines. Claquement du 2e bruit de l'artère pulmonaire. L'appétit et les forces étaient revenus quand, dans la nuit du 7 au 8 octobre, se produisit une nouvelle hématémèse de 800 grammes.

Mort le 10 pendant une 3e hématémèse. La veille, on avait encore constaté l'existence d'une névrorétinite. Autopsie, myocardite interstitielle très accusée. Rate volumineuse, présentant un pointillé hémorragique à sa surface et contenant deux infarctus d'âge différent. Le plus considerable qui occupe plus du tiers de largeur est cunéiforme et plus extérieur que l'autre; c'est le plus récent, car le parenchyme splénique encore consistant est simplement infiltré de sang; la branche artérielle correspondante est complètement oblitérée. L'autre infarctus, qui a le volume d'une noisette est sphérique et situé plus profondément : il constitue une cavité remplie d'un contenu onctueux et grumeleux, entourée par du tissu splérique infiltré de pus.

Au milieu de la paroi postérieure de l'estomac, non loin de la petite courbure se voit un trou de configuration irrégulière, ayant des bords lisses et 1/2 centimètre de diamètre. Cette ulcération conduit dans une cavité du calibre d'une noisette dont le fond est formé par le pancréas. Dans cette cavité proémine un thrombus qui bouche entièrement une perforation de l'artère splénique, à faible distance de son origine. Dans le reste de son trajet, l'artère contient plusieurs caillots non adhérents.

D'après Litten, un des points intéressants de cette observation est de voir un processus habituellement curateur, comme celui de l'oblitération d'une perforation vasculaire par un caillot, entraîner une complication grave, en donnant naissance à des embolies dans les segments périphériques du vaisseau.

On voit aussi que chaque formation d'infarctus splénique a été précédée d'une gastrorragie. L'auteur relève enfin la complète analogie des symptômes offerts par son malade avec ceux de l'anémie progressive pernicieuse. La ressemblance était telle avant l'apparition des hématèmèses qu'il n'y avait guère de symptôme différentiel autre que les crises douloureuses analogues à l'angine de poitrine. Les attaques paroxystiques que Litten rattache à l'envahissement de l'intérieur par le mal, sont d'après lui, spéciales aux affections de l'estomac, ulcère ou cancer.

XV.—A la 55e réunion des naturalistes et médecins allemands (Eisenach, 1882) Hauser a communiqué le résultat de ses recherches histologiques sur la cicatrice consécutive à la guérison des ulcères chroniques de l'estomac. Il a trouvé au centre de la cicatrice un grand nombre de tubes, disposés les uns perpendiculairement, d'autres obliquement, enfin les derniers, parallèlement à la surface épithéliale de l'estomac. Une partie de ces tubes a le calibre ordinaire des tubes glandulaires, le reste est dilaté en kystes. Au lieu d'être revêtus de l'épithélium glandulaire, ils le sont d'un épithélium cylindrique. Aucun d'eux n'a d'orifice. Ce sont des néoformations adénoïdes, développées par le processus, inflammation qui accompagne le travail de réparation des ulcères et pour Hauser, il y a là le premier stade d'une dégénération cancéreuse. Quand on examine le bord d'un ulcère non encore totalement cicatrisé, on voit que vers le fond de l'ulcère, la musculeuse se soulève et est attirée en quelque façon dans les limites inférieures de l'ulcère.

Dans la discussion, *Zenker* affirme l'exactitude des recherches de son assistant et ajoute que le mode d'évolution clinique de la majorité des cas de cancer gastrique, doit faire conclure à la préexistence d'un ulcère. *Quincke*, au contraire, constate que souvent les cancéreux assurent que leur estomac était bon avant leur maladie. S'il y a quelque relation entre l'ulcère et le cancer gastrique, ce doit être l'exception.

*Litten* fait remarquer que vu la grande ressemblance des symptômes de l'une et de l'autre maladie, il doit être bien rare de pouvoir, au lit du malade, observer leur transformation de l'une dans l'autre. Mais il convient que dans les autopsies de cancéreux, on rencontre assez souvent des points rétractés dans l'estomac qui, histologiquement, rappellent un ancien ulcère. J. B.

XVI. — L'ulcère rond est extrêmement rare chez l'enfant; c'est ce qui fait l'intérêt de cette observation, recueillie sur une petite fille de 12 ans. Malheureusement elle n'est pas convaincante, car la malade ne fut observée que dans le cours d'une tuberculose aiguë et le seul phénomène stomacal fut une vive sensibilité de la région épigastrique.

A l'autopsie, en dehors des lésions tuberculeuses généralisées, même à l'intestin, on trouva trois ulcères ronds et la paroi postérieure de l'estomac avec une perforation récente de 2 centimètres 1/2 de diamètre.

L'auteur s'attache à démontrer qu'il ne s'agit pas d'ulcérations tuberculeuses, en s'appuyant sur les caractères histologiques de ces lésions et sur l'existence de symptômes gastriques un an avant le début de la tuberculose. L. D.-B.

XVII. — Henriette N..., âgée de 10 ans, anémique, souffrait depuis quelques semaines d'accidents dyspeptiques lorsque, un certain jour, prenant part aux exercices de gymnastique à l'école, elle fut prise d'une douleur subite et violente à la région de l'épigastre, accompagnée de nausées, et rendit par la bouche environ une cuillerée à café de sang; dans le courant de la journée, les selles de l'enfant étaient également mélangées de sang, ce qui fit penser à une gastrorragie, rare cependant à cet âge.

L'hématémèse se renouvela quotidiennement et même plusieurs fois par jour; le sang était toujours liquide avec de petits caillots sans consistance; à plusieurs reprises on constata du sang dans les selles. Les vomissements de sang étaient toujours précédés de nausées et de cardialgie qui permettaient à la malade de prédire le retour d'une hématémèse. La malade avait aussi quelques vomissements liquides à réaction acide, sans nausées préalables. En somme, on se trouvait en présence du tableau classique de l'ulcère simple de l'estomac siégeant probablement à la paroi postérieure à cause de l'attitude que prenait la malade qui, au moment de ses accès de cardialgie, fléchissait instinctivement le tronc en avant.

Le régime lacté, l'eau de Carlsbad, avec addition de sel de Carlsbad et la glace *intus et extra*, donnèrent un résultat si satisfaisant que, au bout de cinq semaines, l'enfant pouvait être considérée comme guérie.

Deux circonstances donnent de l'intérêt à cette observation : le jeune âge de la malade et l'apparition des premiers symptômes à la suite d'un mouvement brusque, alors que, jusque-là, la lésion était demeurée latente. LABADIE-LAGRAVE.

XVIII. — Homme âgé de 42 ans, alcoolique et très fumeur, sujet, depuis 1872, à des crampes d'estomac suivies de vomissements, soumis au régime lacté en 1878. En 1880, il eut une hématémèse abondante. Il est envoyé le

15 mai 1882 à Vichy. Le traitement par l'eau de Vichy ne modifiant pas les troubles gastriques, le lavage fut pratiqué le 19 mai. On retira de l'estomac une grande quantité de liquide noir, marc de café ; un second lavage amena l'issue de matières moins noires mélangées à des détritus alimentaires; le troisième enfin, d'un liquide fortement teinté en rouge et de petits caillots récents. Aussitôt on cessa cette pratique; dans la journée, le malade vomit d'abord du sang noirâtre avec quelques caillots; puis, les deux jours suivants, par deux reprises, une demi-cuvette de sang avec caillots abondants. Ces hématémèses amenèrent un état d'anémie des plus graves, et, malgré un traitement rationnel, deux nouvelles hémorragies se produisirent en dix jours. Le 10 juin le malade quittait Vichy.

L'auteur attribue cet accident, non au traumatisme causé par le tube, mais à la rapidité d'écoulement, à la trop grande quantité de liquide introduit et à une trop forte pression intra-stomacale; aussi conseille-t-il d'agir lentement et de ne pas laver avec plus d'un demi-litre de liquide. H. L.

**I. — Untersuchungen und Beobachtungen über Hysterie und Transfert (Recherches sur l'hystérie et le transfert), par ROSENTHAL** (*Arch. f. Psychiatr. und Nervenkrankh.*, *Band XII, Heft* 1).

**II. — Hypnose und Katalepsie bei einem hysterichen Mädchen (Hypnose et catalepsie chez une hystérique), par LANGER** (*Wien. med. Woch.*, *n°* 18, 1882).

**III. — Contribution à l'étude des phénomènes simulés ou provoqués chez les hystériques (craquements articulaires et synoviaux), par FÉRÉ** (*Prog. méd.*, *août* 1882).

**IV. — La douleur dite ovarienne des hystériques a pour siège l'ovaire, par LE MÊME** (*Ibid.*, *janvier* 1882).

**V. — Mouvements de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques, par LE MÊME** (*Ibid.*, *décembre* 1881).

**VI. — De la paraplégie hystérique sans anesthésie, par F. HUCHARD** (*Thèse de Paris*, *n°* 45, 1881).

**VII. — Hystero-epilepsy, par MILLS** (*American journal of the medical sciences*, *p.* 392, *octobre* 1881).

**VIII. — Case of hysterical angina pectoris, par MAC DOWALL** (*Edinb. med. journ.*, *p.* 213, 1881).

**IX. — De l'hystérie gastrique, par DENIAU** (*Thèse de Paris*, 1883).

**X. — Recherches sur l'hystérie fruste et la congestion pulmonaire hystérique, par DEBOVE** (*Soc. méd. des hôpit.* ; *Union méd.*, *février* 1883).

**XI. — Quelques cas d'hystérie chez l'homme, par SEVESTRE** (*Soc. méd. des hôp.*; *Union méd.*, 29 *avril* 1883).

**XII. — Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme, par MOSSÉ** (*Gaz. hebd. des sc. médic.*, *Montpellier*, 1883).

**XIII. — De la pseudo-fièvre hystérique, par H. PINARD** (*Thèse de Paris*, *n°* 279, 1883).

I. — Pour faire suite à un travail antérieur sur la torpeur cérébrale unilatérale considérée comme symptôme d'une lésion en foyer ou encore

de l'hystérie, l'auteur fait connaître les résultats de ses observations concernant certains phénomènes hystériques dont on s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps.

Par torpeur cérébrale unilatérale, Rosenthal entend le défaut de réaction contre le courant électrique appliqué sur l'une des moitiés du crâne, tandis que l'ouverture et la fermeture d'un courant galvanique appliqué sur l'autre moitié développe encore des secousses douloureuses, du vertige, des tintements d'oreille, la vue d'éclairs, un goût métallique dans la bouche. Or, cette réaction peut se produire alors même que les filets du trijumeau sont absolument inexcitables; preuve que, quand elle fait défaut, elle dépend d'un état de torpeur de l'hémisphère correspondant.

Cette torpeur de l'un des hémisphères s'observe assez souvent dans les cas d'hystérie grave, et elle accompagne l'hémianesthésie. Déjà l'auteur en a publié trois exemples auxquels il est à même d'en ajouter trois nouveaux. Comme dans les faits de ce genre l'anesthésie siège du même côté au tronc et à la face, il est impossible de le rattacher à un trouble fonctionnel de la partie postérieure de la capsule interne dont la lésion entraîne l'hémianesthésie totale croisée. Il ne resterait, selon Rosenthal, pour rendre compte de l'hémianesthésie hystérique avec torpeur unilatérale, du cerveau qu'à invoquer une excitation des nerfs vaso-moteurs.

En fait de complications psychiques de l'hémianesthésie hystérique Rosenthal a observé des modifications du caractère (humeur sombre), de l'amnésie très prononcée, du vertige, de l'hypnotisme, de l'hémicrânie angiospastique. Chez l'une des malades dont il relate l'observation, des inhalations de nitrite d'amyle firent cesser tous ces troubles d'ordre psychique.

Du côté de la vue, Rosenthal a constaté de l'hémianopsie temporale, plus prononcée du côté de l'anesthésie; de ce même côté la pupille était paresseuse, de plus la pression du doigt sur le globe de l'œil ne déterminait pas les phosphènes qui se produisent dans les circonstances normales. Quand l'hémianopsie était très prononcée, des attaques hystériques violentes, ou encore des paroxysmes prolongés d'hémicrânie entraînaient à leur suite une dyschromatopsie pouvant aller jusqu'à l'achromatopsie complète. Lorsque celle-ci était de date récente, des inhalations de nitrite d'amyle amélioraient temporairement la perception des couleurs du moins celles dont la perception est centrale, avec transfert des troubles de la sensibilité.

En fait de troubles de l'ouïe, il existait du côté de l'hémianesthésie, une surdité complète, avec inexcitabilité du nerf acoustique par les courants galvaniques les plus puissants. Le plus souvent la sensibilité persistait dans le territoire innervé par le glosso-pharyngien; la paralysie du goût n'occupait que les deux tiers antérieurs de la langue du côté de l'hémianesthésie dépassant quelquefois la ligne médiane. Elle persistait quelque temps après que la torpeur cérébrale de l'hémisphère correspondant s'était dissipé. La perception des sensations de douceur et d'amertume est la plus lente à se réveiller.

En fait de troubles vaso-moteurs, Rosenthal a noté chez ses malades des dilatations paroxystiques des vaisseaux cutanés avec déperdition plus intense de chaleur (fièvre hystérique) sans élévation de la tempéra-

ture axillaire, mais avec accélération du pouls. Au niveau des zones d'hyperémie, la température locale subissait une élévation dépassant 1°, cela dans les cas d'hystérie vulgaire. Dans les cas d'hystérie chronique avec hémianesthésie, la température locale au niveau des membres anesthésiés était chez trois malades, inférieure de 0,8 à 1,04 à celle du côté opposé. Sous l'influence d'émotions psychiques, la face et le cou du côté anesthésié étaient envahis par une rougeur très manifeste, accompagnée de transpiration ; quand on provoquait le transfert, les troubles vaso-moteurs changeaient également de côté.

Puis l'auteur refait l'historique de la découverte du transfert. Aux moyens signalés avant lui de provoquer ce curieux phénomène, il ajoute les suivants qu'il croit avoir le premier signalés : les inhalations de nitrite d'amyle, les émotions violentes, l'action de regarder par un stéréoscope, l'application sur le bras, du côté anesthésié, d'un cylindre de verre rempli d'eau d'une température de 55° à 60°, enfin les alternatives du courant voltaïque au moment où la torpeur cérébrale commence à se dissiper spontanément. Pour Rosenthal, l'explication du phénomène du transfert doit être recherchée dans une excitation des centres vaso-moteurs par les agents périphériques dont l'application sur la peau développe le phénomène en question ; il en résulte une contraction des vaisseaux de l'hémisphère du côté opposé, qui s'accompagne d'un relâchement compensateur des vaisseaux de l'hémisphère du côté où siège l'anesthésie : De là déplacement des troubles de la sensibilité générale et sensorielle et de la torpeur cérébrale. La facilité avec laquelle se produisent ces contractions vasculaires provoquées à distance par des irritations minimes, tient à un défaut de résistance, à une vulnérabilité congénitale ou acquise de l'appareil vaso-moteur qui, pour Rosenthal, constitue l'essence même de l'hystérie.

Pour terminer, l'auteur se livre à des considérations plus ou moins hypothétiques touchant l'influence que le climat, la race, la nationalité, le milieu social exercent sur la fréquence de l'hystérie et sur son expression symptomatique. E. RICKLIN.

II. — Une fille réglée tardivement a éprouvé à l'âge de 17 ans une émotion violente (la mort de sa mère lui était annoncée par dépêche) et depuis lors elle a des attaques pendant un an. A l'âge de vingt ans les attaques reparaissent très intenses et très fréquentes (jusqu'à 6 par jour). L'auteur constate l'intégrité de la sensibilité spéciale et générale et de la motilité.

Pour provoquer chez la malade une attaque, il suffit de l'engager à regarder fixement un objet, ou lui passer à plusieurs reprises la main devant les yeux, ou encore de lui fléchir fortement la tête. Elle éprouve alors une fatigue générale, et, au bout de quelques secondes, la perte de connaissance est complète.

L'expression du visage semble indiquer un sommeil profond et tranquille ; cependant les paupières opposent une certaine résistance au doigt qui les soulève. Les yeux sont élevés en dehors, les pupilles paresseuses. L'excitation des muqueuses du nez et de la gorge ne provoque aucun mouvement. L'état des muscles varie avec l'intensité des attaques ; tantôt la rigidité s'étend à tout le système musculaire, tantôt elle reste limitée aux membres inférieurs. Quant à la flexibilité des membres (flexibilitas cerca) elle n'existe qu'aux extrémités supérieures : les bras peuvent être fixés dans une position quelconque et, dès qu'ils peuvent obéir à l'action de la pesanteur, il suffit de masser légèrement les masses musculaires pour leur rendre toute leur résis-

tance. Pendant les attaques on ne peut obtenir de réponse à aucune question. Il y a anesthésie et analgésie complète, mais les réflexes tendineux et musculaires sont exagérés. Pas de modification de la température. Pouls 65 à 70, ralentissement de la respiration.

Au bout de 5 et 10 minutes, quelques inspirations profondes se produisent et le réveil les suit. Au début on pouvait faire cesser l'accès par la compression de l'ovaire, mais bientôt cette manœuvre échoua. Au réveil, le souvenir des événements fait défaut.

L'auteur a étudié spécialement dans ce cas l'influence des courants galvaniques et faradiques :

La faradisation ne détermine aucune contraction musculaire dans les attaques graves, et dans les autres son action est très faible. L'excitabilité galvanique, au contraire, est exagérée : avec cinq éléments, pendant les accès, on obtient des secousses que 20 éléments produiraient à peine à l'état normal. C'est sur les muscles des membres supérieurs que l'expérience donne les meilleurs résultats, puis viennent ceux du tronc, des membres inférieurs et en dernier lieu ceux de la face. Ici, comme dans les faits de M. Charcot, les courants galvaniques exagèrent aussi l'excitabilité cérébrale motrice : l'électrisation d'un hémisphère détermine des secousses du visage et des membres, soit unilatérales soit bilatérales.

Dans l'intervalle des attaques, on note des effets de la faradisation opposés à ceux qu'on observe pendant le paroxysme : l'excitabilité musculaire augmente.

Le traitement consiste dans l'administration de 3 grammes de bromure de potassium par jour : au bout de quelque temps les accès deviennent plus rares et ne surviennent plus spontanément. On peut les provoquer encore au moment où la malade quitte l'hôpital. L. GALLIARD.

III.— J. K..., âgée de 23 ans, atteinte d'hystérie depuis son enfance, présente depuis deux ans des craquements au niveau des articulations costo-supérieures droites, près de l'épaule droite, et par moments dans d'autres régions.

Au moment de l'examen pratiqué en septembre 1881, quand elle fait des mouvements de circumduction avec les deux épaules, elle produit un vacarme extraordinaire qui s'entend à distance, c'est un bruit confus de grosse crépitation; si on applique les mains sur les épaules du sujet on perçoit les bruits et les frottements avec une intensité bien plus considérable. Une étude attentive montre que l'articulation de l'épaule n'est le siège que de frottements peu intenses; le siège principal de la grosse crépitation est sous l'omoplate, sans doute dans la bourse séreuse sous-scapulaire.

Quand la malade n'est pas sous le coup de l'examen, les mouvements de l'épaule s'exécutent sans aucun bruit. De même pour le cou et les autres jointures les mouvements exécutés volontairement par la malade sont bruyants; dirigés par l'observateur, ils ne donnent aucun craquement. H. L.

IV. — L'auteur a étudié sur une hystérique devenue enceinte le déplacement des points ovariques. Les recherches furent commencées au moment où la malade était à la fin du huitième mois : la palpation du ventre amena quelques coliques utérines, mais fit disparaître pour la journée la faculté d'hypnotisation que possédait la malade.

Le 30 octobre on limite de chaque côté de l'utérus, deux points douloureux dont la pression détermine le réveil de la malade préalablement hypnotisée. Au moment de l'accouchement (20 novembre) les points douloureux se sont abaissés, et on peut sentir du côté gauche de l'utérus une petite tumeur mobile dont la pression provoque les phénomènes habituels

de la pression du point ovarien. Les jours suivants on peut suivre le mouvement de descente graduelle des points douloureux qui reviennent au niveau normal. H. L.

V. — L'auteur ayant remarqué qu'à la période des attitudes passionnelles on observe dans la pupille des alternatives de dilatation et de rétrécissement qui semblent en rapport avec la distance à laquelle se trouve l'objet qui figure dans l'hallucination, rechercha si dans les hallucinations provoquées on peut amener dans la pupille des modifications qui obéissent à une loi physologique.

Chez deux hystériques avec lesquelles on peut entrer en communication par la parole pendant la catalepsie, quand on ordonne de regarder un objet éloigné, la pupille se dilate, puis se rétrécit quand se rapproche l'objet figuré, et ainsi à volonté du magnétiseur.

L'auteur rappelle que les cas de contraction soit disant volontaire de la pupille, sont des cas où les mouvements de la pupille sont associés à des mouvements volontaires, dans l'inspiration, la déglutition, les grands efforts.

A ces malades hypnotisées ou cataleptisées on inculque l'idée qu'il existe sur une table sombre un portrait de profil; à leur réveil elles voient distinctement le même portrait; si, sans les prévenir, on place un prisme devant l'un des yeux, le sujet voit deux profils, et la fausse image est toujours placée conformément aux lois de la physique. H. L.

VI. — Si c'est la règle dans toute hystérie, de constater quelque trouble de la sensibilité et à plus forte raison lorsque cette névrose se complique de paraplégie, refuser d'admettre une paraplégie hystérique, sans anesthésie, serait une manière de voir trop absolue. Le Dr Huchard a eu l'occasion d'observer dans le service du professeur G. Sée une malade atteinte de paraplégie en laquelle on n'a pas hésité à reconnaître une manifestation hystérique, malgré l'absence du plus petit point anesthésique sur la surface du corps.

C'est à la discussion et à l'interprétation de ce fait exceptionnel qu'est consacré le travail de Dr Huchard. La marche de la paraplégie hystérique sans anesthésie n'a du reste rien qui la différencie autrement : elle est susceptible d'apparaître brusquement et de guérir de même ; c'est cette évolution qui est encore le meilleur guide pour le diagnostic.

PAUL GARNIER.

VII. — Dans ce travail intéressant l'auteur rapporte et commente deux observations d'hystéro épilepsie absolument typiques. Comme Charcot et Richer, il étudie les symptômes prémonitoires de l'accès, et distingue également les quatre périodes de l'attaque en évolution. De nombreux dessins et diagrammes sont joints au texte, et reproduisent de tout point les graphiques si curieux et si frappants publiés à la Salpétrière. En somme, mémoire qui tire son principal intérêt de la confirmation éclatante qu'il apporte aux travaux français. A. CH.

VIII. — Cette observation curieuse concerne une jeune fille issue d'un père adonné à l'ivrognerie, ayant des épileptiques dans sa famille : elle-même somnambule dans son enfance et poursuivie dans sa jeunesse par des hallucinations tenaces. A l'âge de 17 ans elle eut un rhumatisme aigu, et une seconde attaque à 20 ans, sans retentissement apparent sur le cœur. Deux mois après cette seconde attaque elle fut prise d'un violent accès d'angine de poitrine. Pendant six semaines, les attaques revinrent, puis se calmèrent sous l'in-

fluence de narcotiques à haute dose. C'est alors qu'arriva la catastrophe du pont de la Tay, qui impressionna si fort la malade, qu'elle fut prise de manie aiguë et dut être internée dans une asile.

Pendant son séjour dans cette maison de santé, les accès d'angine de poitrine reparurent avec une grande intensité. Une douleur excessive se déclarait dans la région précordiale, avec sensation de détresse profonde et d'agonie véritable; sans irradiations bien nettes d'ailleurs du côté de l'épaule et du bras. Le cœur battait rapidement, avec quelques intermittences, le pouls était vif et bondissant. Ce qui dominait était une hyperesthésie excessive de la région cardiaque; le seul soulagement perçu par le malade était produit par une pression très brusque sur la poitrine. — Ces crises se produisaient soudainement, sans provocation aucune, aussi bien la nuit que le jour. Le seul traitement qui calmât la malade était les injections hypodermiques de morphine à haute dose.

L'auteur insiste sur les caractère spéciaux de cette névrose qui différait par quelques traits de l'angine de poitrine symptomatique. — Ici il s'agissait de phénomènes purement hystériques; car quelque temps après survint une hémiplégie avec hémianesthésie gauche. H. R.

IX. — Sous le nom d'hystérie gastrique, l'auteur comprend l'ensemble des troubles gastriques qui se produisent dans le cours de l'hystérie.

Il décrit successivement l'anorexie hystérique, les vomissements, la gastralgie et l'épigastralgie, et enfin le tympanisme gastro-abdominal.

L'anorexie hystérique peut se distinguer en anorexie gastrique et anorexie mentale. — Chez les malades de la première variété, le fonctionnement organique et, par suite, la désassimilation tombent à leur minimum, ce qui rapproche l'hystérique des animaux hibernants : d'où diminution, ou même suppression, du besoin de réparation et, par suite, de l'appétit, sans qu'il y ait répugnance vraie à l'alimentation, et sans que la malade périclite sensiblement, au moins dans la plupart des cas. Divers troubles peuvent accompagner cette forme d'anorexie, tels que vomissements, appétences bizarres, symptômes d'embarras gastrique, diarrhée, constipation opiniâtre, etc. — Chez les malades de la deuxième variété, il s'agit d'un trouble mental plutôt que d'un trouble digestif, les facteurs psychiques les plus divers produisent un vague malaise, une douleur sourde épigastrique, que l'alimentation semble provoquer, parfois même du vertige, des régurgitations : et l'hystérique se décide à s'abstenir de tout aliment, pour conjurer, dit-elle, tout accident. Une fois décidée à l'abstinence, la malade se montre des plus obstinées : il se développe, dit M. Huchard, cité par l'auteur, comme une *folie de volonté;* et l'on peut voir survenir toutes les conséquences d'une inanition prolongée, et d'une cachexie profonde.

Cette forme d'anorexie ne se termine qu'exceptionnellement par la mort, la malade finissant presque toujours par se rendre à l'instinct de la conservation et, par se résoudre à une alimentation suffisante.

Les vomissements hystériques peuvent se distinguer en vomissements simples, vomissements de sang, et vomissements stercoraux. Les vomissements simples, peuvent être dus à des causes multiples. Tantôt, suivant l'auteur, ils se rattachent à l'inhibition générale des fonctions de désassimilation; et comme la fonction rénale participe à ce ralentissement du travail organique, on trouve de l'urée dans les matières rendues, en même temps qu'il existe de l'oligurie ou même de l'anurie; ces vomissements peuvent être dit *urémiques*, ou, suivant l'expression de M. Hu-

chard, « supplémentaires de l'excrétion rénale ». Tantôt, il s'agit de troubles fonctionnels de la tunique musculeuse du tube digestif, spasmes, mouvements antipéristaltiques, ou parésie; et l'on constate soit un rétrécissement œsophagien spasmodique, soit un œsophagisme transitoire et mobile, soit un pylorisme plus ou moins tenace, qui produisent des vomissements dits spasmodiques; soit une distension de l'estomac par atonie des parois, jusqu'à ce que le chyme, à force de s'accumuler, provoque l'expulsion des matières par un vomissement réflexe dit vomissement atonique; soit encore une hyperesthésie des muqueuses œsophagiennes et gastriques qui suscite des vomissements réflexes à la moindre ingestion alimentaire; soit enfin une irritation fonctionnelle du pneumogastrique qui amène les vomissements dits par pneumogastralgie. Tantôt, surviennent des troubles vaso-moteurs ou sécrétoires de la muqueuse stomacale, gastrorrhées avec vomissements abondants, des dyspepsies putrides avec état saburral, renvois nidoreux, altération de l'haleine, vomissements bilieux, porracés, etc. Tantôt, enfin, existe une vraie perversion de la volonté, qui amène des vomissements nerveux par le même mécanisme que l'anorexie dite mentale. Comme traitement des vomissements hystériques simples, l'auteur préconise surtout le gavage.

Les hématémèses hystériques peuvent être rangées, en trois catégories : hématémèses vicariantes ou supplémentaires, des règles absentes : hématémèses menstruelles, coïncidant avec des règles peu abondantes; hématémèses indépendantes de la menstruation, et souvent consécutives à des attaques convulsives. Ces diverses hématémèses sont souvent tenaces, multiples, mais conciliables avec un bon état général, et par conséquent d'un pronostic bénin.

Les vomissements stercoraux ont été niés souvent : toutefois, Briquet, Jaccoud et Fouquet (thèse 1880) en ont observé.

La gastralgie hystérique est le plus souvent bénigne. Précoce, parfois, elle est alors comme le signe précurseur de l'hystérie. Tantôt elle commence graduellement; tantôt elle se déclare à la suite d'une attaque. Elle s'accompagne de pica, de malacia, de perversions singulières. La douleur est, soit sourde et continue, soit aiguë et par crises. D'autres troubles nerveux coexistent souvent, par exemple, la pneumogastralgie dans laquelle à la cardiodynie s'ajoutent les troubles fonctionnels du cœur et des poumons; la rachialgie, l'épigastralgie, etc. Contre la gastralgie hystérique, l'auteur conseille surtout les préparations opiacées avant le repas, les fomentations chaudes sur l'estomac, la belladone intus et extra, enfin l'hydrothérapie et l'électricité (galvanisation).

La tympanite hystérique peut être ou permanente ou passagère. Elle se développe souvent à la suite d'attaques, ou d'émotions, après un repas, etc. Ce tympanisme présente des formes très variables : La dilatation du ventre est tantôt régulière, tantôt par bosselures. L'auteur l'attribue à une altération fonctionnelle des tuniques musculeuses du tube digestif, qu'une innervation irrégulière modifie d'une façon plus ou moins temporaire. — Quand la tympanite est localisée, elle donne lieu à des pseudo-tumeurs (tumeurs-fantômes des Anglais) dans divers régions de l'abdomen; elles sont dues tantôt à la paralysie d'une partie de la paroi musculaire de l'abdomen qui cède devant la pression des intestins ou de l'estomac, tantôt à la dilatation d'une anse intestinale dont les deux bouts

sont rétrécis spasmodiquement, tantôt enfin à une véritable contracture locale des faisceaux musculaires sous-cutanés, agissant en dehors du corps du muscle auquel ils appartiennent. PAUL GARNIER.

X. — L'auteur rapporte quelques cas d'hystérie observés chez des hommes à l'hospice de Bicêtre.

1° Un forgeron s'était fait une large brûlure à l'avant-bras gauche; sept semaines après, la plaie étant guérie, il fut pris de vives douleurs dans ce membre, puis vit se développer une contracture qui fixa l'extrémité du membre supérieur gauche dans une position invariable, dans le sens de la flexion; toute raideur disparaissait sous l'influence du chloroforme, puis reparaissait au réveil.

Cet homme présentait une hémianesthésie gauche très accusée, sensitive et sensorielle.

2° Un homme de 22 ans présenta à plusieurs reprises en l'espace de 2 ans des crises caractérisées par des mouvements saccadés convulsifs généralisés, avec hyperesthésie cutanée, par des alternatives de pleurs et de rires, par un délire bruyant, injurieux, dont le malade se rend compte une fois l'attaque passée.

3° G... âgé de 23 ans, appartient à une famille de névropathes. Dès l'âge de 16 ans, il a eu des attaques de nerfs. Pendant 3 mois il eut une série de crises accompagnées de délire, de mouvements désordonnés, violents ; à la suite de cet état paroxystique il présenta une hémiplégie droite avec hémianesthésie, qui dura trois mois.

Au mois d'octobre 1877 il fut pris de bronchite du sommet droit avec vomissements, sueurs nocturnes, et le diagnostic de tuberculose pulmonaire fut posé. En janvier 1878, nouvelle bronchite du sommet droit avec hémoptysie et pleurésie. En octobre 1879, congestion au même point avec hémoptysie, sueurs, suivie de rétablissement complet. En mars 1880, hémoptysie. En septembre 1881, nouvelle congestion pulmonaire avec hémoptysie. En juillet 1882, hémoptysie. Le diagnostic de tuberculose avancée avait été porté à chaque poussée inflammatoire.

En septembre 1882, X... souffrait d'une toux incessante, de points de côté, de vomissements répétés, d'anorexie très accusée. L'examen du poumon ne permettait pas d'y constater la moindre lésion. On reconnut alors l'existence d'une hémianesthésie droite sensitive et sensorielle, dont le malade n'avait pas la notion. Le phénomène du transfert s'exécute facilement, le côté anesthésié est moins fort que le droit.

L'alimentation artificielle rétablit rapidement et complètement le malade.

L'auteur rapporte plusieurs autres cas de congestions pulmonaires chez des hystériques, crues tuberculeuses, et qui ne sont que des fluxions sanguines passagères sans gravité.

Dans un autre cas il s'agit d'un homme, qui quelques mois après une chute sur la tête, fut pris d'une hémiplégie subite avec perte de connaissance et hémianesthésie, qui dura 4 mois, accompagnée de crises nerveuses avec délire ; 8 ans plus tard survint une paraplégie passagère. L'hémianesthésie gauche persiste, le malade est pris d'une congestion pulmonaire à gauche qui disparaît en huit jours.

De ces faits l'auteur croit pouvoir conclure :

1° Que l'hystérie, spécialement dans ses formes frustes, est loin d'être rare chez l'homme.

2° Chez les hystériques on observe des accidents de congestion pulmonaire qui peuvent faire croire à l'existence d'une phtisie.

3° Chez les hystériques une hémiplégie peut débuter par une attaque apoplectiforme et faire croire à l'existence d'une lésion cérébrale. H. L.

XI. — 1° H... âgé de 22 ans, entre le 14 avril pour une paralysie du bras gauche survenue brusquement la veille. Il a déjà eu en 1870 et 1874 deux attaques subites de perte de connaissance, en 1877 des troubles passagers de la vision, des amauroses fugitives qui se répétèrent en 1880. Il y a deux ans, après une de ces attaques de cécité il devint aphasique pendant huit jours ; la parole revenant la vue disparut, et ainsi à plusieurs reprises.

Le 12 avril, il est pris d'une attaque d'aphasie; il est ainsi jusqu'au lendemain, puis brusquement recouvre la parole, mais s'aperçoit que son bras gauche est inerte. Le 14, on constate cette paralysie avec hémianesthésie gauche incomplète ; le lendemain la paralysie disparaît; du côté gauche la sensibilité est encore un peu amoindrie. Pas de dyschromatopsie. La compression de la région iliaque au-dessus du canal inguinal, et du testicule à gauche est douloureuse, tandis qu'à droite elle ne provoque pas de douleur.

Du 14 au 28 avril le malade continua à présenter cette alternance de phénomènes passagers.

2° G... âgé de 25 ans, entré à l'hôpital au mois d'avril pour une bronchite, peut-être tuberculeuse, devient à la fin de mai d'une excitabilité nerveuse excessive, il pleure sans cause et est pris d'accès en tout analogues à ceux des femmes, que l'on peut arrêter par la compression du testicule. Après l'une de ces attaques il se manifeste une contracture de tout le côté droit qui cessa au bout de quelques jours pour laisser un notable affaiblissement, ce côté était aussi hémianesthésié; deux phénomènes surtout étaient remarquables; d'abord des sueurs extrêmement abondantes à la paume des mains, qui avaient dû faire quitter au malade son métier de tourneur, et que l'atropine, l'ergotine, etc., ne modifièrent que passagèrement; puis des troubles de l'urination. A deux ou trois reprises, il y eut une oligurie allant presque à l'anurie, mais habituellement il y avait une polyurie, 7 à 8 litres par jour, de densité 1,003 à 1,004, contenant 5 à 6 grammes d'urée par litre, soit 40 à 50 par jour.

Au début de ses attaques le malade éprouvait habituellement une sensation de vertige unilatéral, accompagnée parfois d'un effroi indicible. A la fin de septembre les accès s'accompagnèrent de délire, d'hallucinations, qui plus tard se manifestèrent même dans leur intervalle. A la fin d'octobre l'état délirant avec tentation d'homicide nécessita le transfert du malade à Saint-Anne.

3° Chez un infirmier l'auteur a constaté l'existence d'une hémianesthésie droite sensitive et sensorielle sauf pour l'œil, et aurait relevé dans ses antédents une perte de connaissance durant 48 heures sans cause appréciable.

H. L.

XII. — Ce travail repose sur 4 observations inédites, qui ont amené l'auteur à discuter certains points de l'étiologie et de la symptomatologie de cette névrose.

Il insiste sur l'influence de la diathèse goutteuse, qui chez un de ses malades était incontestable (père, grand'mère et oncle goutteux) ; il montre que si les relations qui existent entre le rhumatisme et l'hystérie ont déjà été remises en lumière, la goutte même a été laissée dans l'ombre. Non seulement elle joue un rôle considérable dans l'étiologie, mais il admet que l'hystérie peut n'être qu'une de ses expressions symptomatiques, et que la diathèse arthritique ferait naître chez l'homme des manifestations articulaires, chez la femme des troubles névropathiques ; certains cas de transmission observés dans des familles plaident en faveur de cette opinion.

Parmi les phénomènes que l'auteur a notés nous signalerons les hémoptysies dont il a observé un cas typique chez un jeune homme présentant les caractères de la santé la plus robuste. La régularité des hémor-

ragies après chaque attaque permet d'établir une relation entre ces deux phénomènes.

Mossé repousse l'hypothèse de l'hémophilie admise par Bernutz et attribue la production de l'hémorragie bien plutôt à un trouble de la circulation ou à une innervation irrégulière, qu'aux modifications de la crase sanguine. Il rappelle que le plus souvent la congestion pulmonaire, avant-coureur de l'hémoptysie, n'existe que du côté où l'on a constaté d'autres signes nerveux, troubles de la motilité, de la sensibilité, etc., que l'hémoptysie accompagnée d'anémie, d'amaigrissement, de sueurs nocturnes, de toux sèche, de râles secs est prise habituellement pour un début de phtisie, que l'on croit à sa guérison quand les troubles pulmonaires disparaissent laissant place à d'autres phénomènes, tandis que l'on a simplement à faire à des modalités variables de la même névrose. Il rapproche ces congestions fugaces de l'hystérie, des poussées congestives que l'on observe souvent chez les tuberculeux arthritiques, et admet d'ailleurs que l'on doit en général, même admises ces fausses phtisies, faire des réserves s'il y a quelque tuberculeux parmi les antécédents; il conseille l'emploi des traitements spéciaux à l'hystérie et de l'aimant.

Quoique l'hystérie locale soit bizarre, l'auteur a pu en rapporter deux cas, où la contracture a été déterminée par un mouvement exagéré, et après un traumatisme.

Cette variété de contracture acquiert une importance séméiologique considérable lorsqu'elle se montre chez un sujet qui n'a pas encore les manifestations convulsives de l'hystérie. Si chez les jeunes filles l'idée de la névrose se présente immédiatement à l'esprit, chez un garçon on est moins porté à l'admettre ; cependant la généralisation et la persistance d'une contracture après un simple traumatisme articulaire doit la faire soupçonner et impose un examen attentif du fonctionnement du système nerveux. H. L.

XIII. — En analysant les faits publiés par les différents auteurs qui se sont occupés de cette question, et, en tirant, d'autre part, des déductions personnelles, l'auteur est amené à conclure que l'existence de ce que l'on a appelé la fièvre hystérique essentielle est au moins fort douteuse.

Il peut bien se montrer parfois, en effet, chez les hystériques un ensemble de phénomènes ayant toutes les apparences d'un état fébrile, mais si l'on examine de plus près, on constate qu'il n'y a aucune hyperthermie révélée par le thermomètre, or le fait de l'élévation de la température est indispensable pour qu'il y ait fièvre véritable.

Il s'agit donc d'une pseudo-fièvre, caractérisée par l'accélération des battements cardiaques, trouble qu'il est intéressant, remarque l'auteur, de rapprocher de la tachycardie permanente du goître exophtalmique. PAUL GARNIER.

**I. — Contribution à l'étude expérimentale de l'hypnotisme, par TAMBURINI et SEPPILLI** (*Riv. sper. di fren. e di med. leg., fasc.* 4, 1883).

**II. — Note sur les effets de l'hypnose chez quelques animaux, par H. MILNE-EDWARDS** (*Compt. rend. de l'Ac. des sc., février* 1883).

**III. — Ein Fall von beiderseitiger Athetose (Cas d'athétose bilatérale), par L. POLLAK** (*Berlin. klin. Woch., n°* 30, 1880).

**IV. — Acute linkseitige Hemiathetose (?) ohne Herderkrankung (Hémiathétose (?) aiguë à gauche sans lésion en foyer), par KIRCHOFF** (*Arch. f. Psych. und Nervenkr., Band XIII, Heft* 3, 1882).

**V. — Zur Lehre von der Athetose, etc. (De l'athétose et des névroses vasomotrices des membres), par M. BERNHARDT** (*Ibid., Band XII, Heft* 2).

**VI. — Studii clinici sull'athetosi (Études cliniques sur l'athétose), par GROCCO** (*Annali univ., janvier* 1882).

**VII. — La corea elettrica, par BIANCHI** (*Lo Sperim., p.* 385, *octobre* 1881).

**VIII. — Ueber Vagusneurose (Névrose du pneumogastrique), par PRIBRAM** (*Wien. med. Presse, n°* 21, 1882).

**IX. — Ueber eine noch nicht bekannte Form schwerer Neurose (Névrose grave non encore décrite), par VERNICKE** (*Berlin. klin. Woch., mars* 1883).

**X. — Ueber Atremie, nebst Bemerkungen über die Neurosität der Amerikaner (De l'atrémie et du nevrosisme des Américains), par B.-W. NEFTEL** (*Arch. f path. Anat. und Phys., Band XCI, Heft* 3, 1883).

I. — L'état dit léthargique de l'hypnotisme est caractérisé : pour la motilité, par l'exagération de la contractilité musculaire et des réflexes tendineux, par la reproduction facile de la contracture paradoxale de Westphal, par la réaction des muscles en présence des agents esthésiogènes (aimant) ; pour la sensibilité, par la profondeur et la fréquence des mouvements respiratoires, par la réaction des muscles respiratoires en présence de l'aimant (apnée, respirations profondes) ; pour la circulation, par l'augmentation de volume des vaisseaux périphériques et l'évidence des oscillations respiratoires dans le tracé sphygmographique.

Au contraire, l'état cataleptique est caractérisé : pour la motilité, par la flexibilité des membres et la diminution des réflexes tendineux, par la difficulté et la lenteur dans la production de la contracture paradoxale de Westphal, par la faiblesse ou l'absence de réaction des muscles en présence de l'aimant ; pour la sensibilité, pour l'anesthésie complète et en particulier par l'anesthésie ovarienne ; pour la respiration, par des mouvements respiratoires lents et peu profonds, quelquefois par l'apnée vraie, et par l'absence de réaction des muscles de la respiration en présence de l'aimant ; pour la circulation, par le resserrement des vaisseaux périphériques et le manque d'oscillations respiratoires dans le tracé sphygmographique.

L'état somnambulique est essentiellement caractérisé par la contracture générale et durable, qui ne cède ni à l'action des excitants, ni à l'action des muscles antagonistes.

Ces divers états peuvent s'obtenir successivement dans l'hypnotisme à l'aide du même excitant (mécanique, acoustique, visuel), dont on augmente graduellement l'intensité et la durée ; on obtient ainsi le passage de l'hyperexcitabilité simple (léthargie) à la catalepsie, puis à la raideur somnambulique.

L'application des excitants thermiques (eau tiède, froide, glace) fait cesser ces états et amène l'inexcitabilité musculaire, plus ou moins prompte, complète et durable. L'application unilatérale de ces agents aptes à produire ou à abolir ces divers états, ne se fait sentir que sur le

côté qui subit cette application. La répétition des mêmes excitations, après avoir produit l'état cataleptique, peut en provoquer la cessation. Dans le passage de la veille au sommeil hypnotique, si on provoque ces phénomènes de l'état cataleptique ou de l'état léthargique, on a, dans le premier cas, la diminution et dans le second l'augmentation de volume des vaisseaux périphériques (avant-bras). L'hyperexcitabilité névromusculaire (facilité de la contraction et de la contracture par excitants mécaniques) caractéristique de l'état léthargique, la flexibilité des muscles propre à l'état cataleptique, la contracture générale propre à l'état somnambulique ne sont que des manifestations diverses de l'augmentation de l'excitabilité des appareils moteurs centraux, condition particulière et unique de l'état hypnotique, qui se manifeste sous formes diverses de tonicité musculaire exagérée en rapport avec la durée et l'intensité d'action des excitants.

Dans l'état hypnotique, malgré la suspension de l'activité des centres volontaires conscients, tout l'axe cérébro-spinal se trouve en état d'excitabilité exagérée, qui, au moyen d'excitants spéciaux, va se manifester dans les centres sensitifs et psychiques en produisant des hallucinations, des suggestions, etc., et dans les centres moteurs en produisant les diverses manifestations de la tonicité musculaire exagérée. Les phénomènes spéciaux qui accompagnent l'état cataleptique de l'hypnotisme, comme le ralentissement et la suspension de la respiration, le manque de réaction des muscles à l'aimant, la cessation de la parole, sont probablement dus à ce que les muscles respiratoires phonétiques et autres, se trouvent dans un état de faible contracture cataleptique, qui ralentit et suspend leurs fonctions et leur propriété de réagir en présence des excitations qui les font ordinairement entrer en contraction. Le rétrécissement des vaisseaux périphériques qu'on vérifie au passage de la phase léthargique à la phase cataleptique du sommeil hypnotique, est certainement l'effet d'un réflexe vasculaire, produit par l'excitation qui provoque le passage d'un état à l'autre, chose analogue à ce qui se passe dans le sommeil normal sous l'influence des excitations extérieures. Comme dans ce cas, ce phénomène est lié à un afflux de sang au cerveau, la dilatation des vaisseaux qu'on constate pendant le sommeil léthargique, doit être au contraire l'effet du rétablissement de l'équilibre circulatoire.

F. BALZER.

II. — D'après les recherches communiquées à l'auteur par le professeur Hartig, d'Utrecht, si l'hypnotisation est plusieurs fois répétée sur le même animal (poule, pigeon, lapin), son système nerveux s'en trouve fortement ébranlé : six poules qui furent soumises à de fréquentes hypnotisations, furent successivement frappées d'hémiplégie. L'auteur pense donc que ce n'est pas sans danger, ne fût-ce que celui de l'habitude du fonctionnement pathologique du système nerveux, qu'on provoque l'hypnotisme et qu'on en répète l'apparition chez les sujets hystériques. M. DUVAL.

III. — Onaniste, peu intelligent, de famille épileptique, faisant dater son affection d'une chute de cheval arrivée à l'âge de 18 ans et dont il lui reste des cicatrices sur les jambes. Les contractions fibrillaires n'auraient pas tardé à se montrer dans les pieds ; depuis cinq ans qu'il existe, le tremblement des orteils a toujours été en augmentant.

Dans quelque attitude que ce soit, même pendant le sommeil, mains et pieds sont agités de mouvements involontaires qui ne déterminent ni fatigue ni

raideur musculaire, mais à l'inverse des choréiques cet individu peut boire et manger sans difficulté. Il ramasse facilement tous les objets et peut les tenir dans sa main aussi longtemps qu'on le désire.

Au contraire, dès que son attention est détournée, apparaissent aussitôt ces contractions involontaires caractérisées par des alternatives d'abduction et d'adduction, de pronation et de supination, d'extension et de flexion des divers doigts et orteils.

La force musculaire évaluée par la pression des mains est considérable et égale des deux côtés ; les sensibilités cutanée et musculaire sont intactes. Seuls les réflexes déterminés par le chatouillement de la plante des pieds sont un peu plus lents à se montrer du côté gauche.

La soif est extrême ; ce malade boit de 10 à 12 litres d'eau par jour.

L'auteur termine par le diagnostic différentiel d'avec la paralysie agitante, la chorée (si la volonté ne maîtrise aucunement l'agitation), la sclérose en plaques (absence de tremblement de la tête et caractères différents du tremblement). J. B.

IV. — Un infirmier de 22 ans, sans prédisposition neuropathique mais adonné à l'abus des boissons fortes, se plaignait depuis quelque temps de vertige, de malaises, de douleurs rachidiennes difficiles à localiser, d'anorexie. Du même coup ses forces s'en allaient, et il devint incapable de continuer son service, sans que l'on pût découvrir chez lui les signes d'une lésion organique. Au bout de quelque temps toutefois, l'examen du cœur démontra l'existence d'une dilatation de cet organe, dont les contractions étaient très faibles. L'examen des urines dénotait de temps en temps l'existence d'une albuminurie passagère mais sans cylindres, sans globules sanguins dans les sédiments. On diagnostiqua une myocardite.

Bientôt se déclara un œdème qui fit des progrès rapides, en même temps que l'état du malade s'aggravait d'une façon manifeste. Par moments, il avait de la dyspnée, avec angoisse précordiale et accélération du pouls ; ces accès duraient de 2 à 3 minutes. Tout à coup le malade fut pris d'une grande agitation musculaire, qui au bout de quelques jours fit place à une véritable hémichorée ; toute la moitié gauche du corps, mais principalement la jambe et le bras étaient agités de secousses involontaires, semblables à ceux qu on observe dans la chorée. Il importe de dire que le côté opposé présentait également des traces de cette agitation choréique, que celle-ci intéressait les muscles des yeux, du cou et les masticateurs.

Pendant deux jours environ, on nota les signes manifestes d'une parésie occupant les muscles innervés par le nerf cubital, à gauche. Pas de troubles de la sensibilité.

Le malade succomba trois semaines après le début des accidents choréiformes (que l'auteur a confondu, bien à tort, avec l'athétose). L'autopsie ne révéla aucune lésion en foyer de l'encéphale, capable d'expliquer les troubles moteurs observés du vivant du malade. E. RICKLIN.

V. — 1° *Un cas d'hémiathétose à droite.* Une jeune femme de 20 ans était paralysée du côté droit depuis sept mois, lorsque Bernhardt fut appelé à l'examiner pour la première fois. Il existait en outre, chez elle, une aphasie et une agraphie incomplètes, avec hémianopsie complète à droite. La main et le bras droits étaient agités d'une façon incessante par les mouvements déréglés qu'on a décrits sous le nom de hemichorée post-hémiplégique. Il n'y avait pas, de ce côté, de diminution de la sensibilité, mais les impressions tactiles étaient perçues sous forme de sensations *désagréables*. Il y avait en outre du ptosis à gauche.

Sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium (à doses modérées), l'aphasie et l'agraphie s'amendèrent. Les mouvements involontaires du membre supérieur droit changèrent de caractère, pour prendre absolument les caractères des mouvements rythmiques, lents et uniformes que Hammond

a décrits le premier sous le nom d'athétose. Ces mouvements persistaient encore, ainsi que l'hémianopsie, plus de trois ans après le début des premiers accidents.

Bernhardt voit dans ce cas une preuve nouvelle de l'idée qu'il a émise au sujet de la nature de l'hémiathétose qui ne serait, selon lui, qu'une variante de l'hémichorée post-hémiplégique.

2° *Deux cas d'asphyxie locale des extrémités.* Une femme de 25 ans, robuste et bien portante, présentait les phénomènes suivants, lorsque Bernhardt la vit pour la première fois : Depuis deux ans, elle avait très souvent froid aux mains et aux pieds, même par les temps chauds, et alors les mains prenaient une teinte cyanotique dans toute l'étendue exposée à l'air. Souvent aussi la malade éprouvait aux mains une sensation de fourmillement, de raideur et même de douleur, qui remontait parfois jusque dans le bras et l'épaule.

Par les temps froids et en plein air, les doigs étaient glacés, d'un bleu foncé, les muscles étaient pris de rigidité; après un court séjour dans une chambre chaude, la cyanose faisait place à une teinte d'un rouge foncé ; la main enflait et devenait beaucoup plus chaude. Rien de pareil du côté des pieds. Rien d'anormal du côté du cœur. Pas de prédisposition héréditaire. Le sulfate de quinine administré à hautes doses n'amena pas d'amélioration.

La seconde observation est relative à un homme de 27 ans qui s'était contusionné l'épaule quatre semaines auparavant ; peu de jours après il était tombé sur la main droite. Il n'avait pas d'abord attaché grande importance à cet accident, lorsque la main droite devint pâle, puis cyanosée, en même temps que refroidie (26° à droite, 27°, 9 à gauche), les ongles étaient bleus ; bref on eût dit la main d'un cadavre.

L'abaissement de la température locale, constatable objectivement, s'étendait jusqu'au coude. La sensibilité était légèrement émoussée à droite et le sang tiré au moyen d'une piqûre d'épingle avait une teinte beaucoup plus foncée que celui obtenu en piquant la main du côté gauche. Une pression exercée sur les muscles interosseux, à la main droite, sur les fléchisseurs à l'avant-bras, était très douloureuse, principalement au niveau de l'attache du tendon du biceps. La contractilité faradique des muscles de la main était diminuée. On ne sentait pas de pulsations au niveau de la radiale ni au niveau de la cubitale et de la brachiale, à droite. Pas d'œdème.

L'auteur voit dans ces deux faits des exemples d'asphyxie locale des extrémités, à placer à côté des faits décrits dans ces dernières années par M. Raynaud, par M. Vulpian et par M. Lannois.

E. RIEKLIN.

VI. — L'auteur publie cinq observations d'athétose dans ce travail. Chez les cinq malades l'athétose a été consécutive à des lésions cérébrales, et plus spécialement à l'hémorragie, suivies d'hémiplégie plus ou moins accentuée. L'athétose dans ces cas s'est combinée avec d'autres accidents post-hémiplégiques, la contracture, le spasme intermittent, l'hémichorée, l'atrophie musculaire.

Elle s'est montrée à des degrés très divers, tantôt intermittente, se suspendant pendant le sommeil, etc... L'auteur admet un premier degré, dans lequel les mouvements sont intermittents, et peu étendus, c'est pour lui une *forme abortive* (obs. 5). Dans l'observation 4, les mouvements se sont montrés non pas à la main, mais au bras et à l'épaule. Les spasmes intermittents, décrits par Oulmont, s'observent aussi dans les muscles du tronc.

L'athétose peut se suspendre, se reproduire, se montrer dans les phases

aiguës d'un processus cérébral chronique. — Le travail se termine par un index bibliographique des principaux travaux parus sur l'athétose depuis les premières recherches de Charcot et de Hammond. F. BALZER.

VII. — L'auteur, analysant les principaux travaux publiés sur cette question depuis 1846, époque à laquelle Dubini donna le premier une bonne description de la chorée électrique, jusqu'à 1880, arrive à la définition suivante de cette affection :

La chorée électrique appartient aux maladies du système nerveux central et est constituée par des mouvements convulsifs rythmiques, localisés, unilatéraux et s'étendant progressivement, par des accès convulsifs violents accompagnés ou non de perte de connaissance, et par des phénomènes cérébraux insconstants et variables mais sans gravité. C'est une maladie peu fréquente, de cause obscure, survenant le plus souvent chez les personnes jeunes et dans l'hiver.

Elle commence soit par des vertiges, des pertes de connaissance, soit par des accès épileptiques ou des secousses rythmiques partielles. L'intensité et la marche de la maladie sont variables. Dans les cas heureux, à une période de gravité succède une disparition progressive des mouvements rythmiques. Dans les cas graves, la marche lente au début devient rapide vers la fin, qui est toujours précédée de phénomènes typhoïdes.

La durée du mal est en moyenne de 40 jours ; elle varie de 7 jours à 4 mois. La mort est la règle, et survient dans 90 cas sur 100.

Le diagnostic, difficile au début, est facile lorsque les phénomènes sont bien manifestes. Le pronostic est funeste, même malgré les intermittences et les rémittences dans les convulsions.

Le siège du mal semble être dans la moelle épinière, et d'après les études récentes la maladie paraît consister en une inflammation médullaire avec prolifération conjonctive et destruction consécutive des fibres nerveuses.

Le traitement n'est pas encore bien établi : les moyens les plus utiles sont : un bon régime, la glace, le chloroforme, la jusquiame, l'opium, l'atropine et les excitants. L.-H. PETIT.

VIII. — Une femme de 30 ans, très nerveuse, souffrant depuis longtemps de palpitations, est atteinte brusquement le 23 décembre à la suite d'une émotion de tachycardie. Le pouls bat 200 fois à la minute, régulier. La respiration est calme, la face pâle. Malgré le conseil du médecin, elle se lève, prend de la nourriture, et pendant cinq jours le pouls varie de 220 à 240 ; elle dort bien, conserve l'appétit, n'a pas de dyspnée.

Le 31 décembre le pouls s'élève à 300, si faible qu'on peut à peine compter les pulsations. Au cœur on n'entend plus les bruits, mais seulement un sourd murmure ; les veines du cou sont dilatées, il y a de l'œdème pulmonaire aux deux bases. La malade est dans le collapsus ; mais au moment où la mort semble imminente, la patiente pousse un cri, elle a une sensation de déchirement au cou, et se relève ; on constate alors que le pouls se ralentit, devient plus fort et on ne compte plus que 76 pulsations.

Quelques jours plus tard nouvel accès de tachycardie avec 224 pulsations pendant plusieurs heures. L. GALLIARD.

IX. — Israélite âgé de 25 ans. Pas de consanguinité chez les parents, ni de névroses parmi les ascendants. Père syphilitique. Les deux frères du malade, plus âgés que lui, ont succombé à l'affection que lui-même présente

maintenant ; chez l'un elle avait débuté à l'âge de 8 ans et chez l'autre à 9 ans.

Tout son corps est en proie à un ébranlement continu dû à des spasmes toniques de presque tous les muscles ne différant des convulsions du tétanos que par la durée et l'énergie des secousses et par le défaut de synchronisme des spasmes dans les différents groupes musculaires.

Il est en opisthotonos, couché sur le ventre, le haut du tronc rejeté en arrière. Ses bras, relativement libres, lui servent à s'appuyer sur le bord du lit. Les sueurs l'inondent.

Ces convulsions ne sont pas douloureuses et cessent pendant le sommeil. Durant la veille, les intervalles francs sont très courts. Par moments la parole est entrecoupée comme par une contraction inopinée des muscles respiratoires. A la face, il n'y a de pris que le peaucier. Pas de trismus. Le malade ne peut se maintenir seul debout. Il n'a ni priapisme ni éjaculation. L'urine est normale. Les différentes fonctions et l'intelligence sont intactes. Rien de visible à l'ophtalmoscope. Santé générale satisfaisante.

Le mal a débuté à l'âge de 10 ans par un varus équin du pied gauche, seul membre dont la difformité soit persistante en dehors des secousses convulsives. Petit à petit l'affection s'est étendue ; au bout de 3 ans les spasmes toniques occupaient les 2 membres inférieurs mais la marche était encore possible bien qu'ataxique.

De toutes les médications, le curare seul a donné un succès passager pendant une semaine. J. B.

X. — L'auteur exerce depuis longtemps aux États-Unis. Il rapporte, sous le nom d'atrémie, un état morbide particulier qui se caractérise surtout par l'impossibilité de se lever et de se mouvoir et la nécessité de rester couché dans une chambre obscure, étranger à toute espèce d'occupation physique ou intellectuelle. Il s'agit le plus souvent de femmes parvenues à un certain âge, très nerveuses, mais non à proprement parler, hystériques. Elles sont prises à certaines époques d'un malaise très grand, de sensations d'étourdissements, de constriction thoracique, de douleur épigastrique lorsqu'elles veulent se lever. La lumière du jour leur est insupportable ; elles ne peuvent ni lire ni causer. Elles demeurent pendant des années enfermées dans des chambres obscures incapables de faire quoi que soit, indifférentes à tout sauf à leur maladie. Jamais d'attaques d'hystérie, pas de troubles de l'intelligence, pas de véritable paralysie. L'auteur pense qu'il s'agit là d'un trouble psychique particulier, d'une maladie de la volonté qui diffèrent de ce qui se voit dans l'hystérie et la mélancolie. Les applications galvaniques sur la tête et la nuque lui auraient donné des résultats assez favorables.

A propos de l'atrémie, il entre dans des considérations générales sur la nervosité des Américains. Ce nervosisme serait extrêmement développé. Les maladies mentales sont d'une fréquence très grande. Les troubles gastriques sont très répandus. Les fonctions génitales sont d'une façon générale peu développées : il y a là pour l'avenir de la race un véritable danger. C'est à l'excès de travail, de tension intellectuelle et aux conditions particulières de l'acclimatation et de la civilisation américaines qu'il faut rapporter cette déchéance du système nerveux.

A. MATHIEU.

**De la mort subite pendant la crise hystérique, par H. MOLLIÈRE** (*Lyon médical*, 20 *octobre* 1883).

La plupart des auteurs qui se sont occupés de maladies nerveuses regardent l'hystérie comme une maladie grave, mais non mortelle. Quelques-uns, sur la foi d'observations anciennes, admettent que dans quelques cas fort rares, la mort a pu être la suite d'une crise hystérique. Briquet, qui a résumé dans son traité les diverses observations, en a publié une qui lui est personnelle. Mais si l'on étudie de près, comme l'a fait M. Mollière, ces prétendus cas de mort subite dans le cours de l'hystérie, on trouve qu'aucun ne supporte l'épreuve d'un examen approfondi. L'observation de Brachet est indubitablement un fait d'urémie éclamptique; celui de Briquet lui-même n'est qu'une fièvre typhoïde méconnue.

Le cas observé par M. Mollière est un exemple des plus nets de cet accident. Voici le résumé de l'observation :

Femme de 59 ans, entrée à l'hôpital pour un embarras gastrique. Trois accouchements normaux ; ménopause survenue à 47 ans ; pas d'antécédents nerveux. Ce n'est que depuis trois ans qu'elle a été prise à diverses reprises de crises hystériques des plus caractéristiques (sensation de boule, éructations fétides, agitation, perte de connaissance, influence de la pression ovarienne).

Le lendemain de son entrée, elle a une crise violente, avec ralentissement du pouls, à 40, de la respiration, insensibilité absolue. Sous l'influence d'un traitement approprié (bromure, hydrothérapie), les crises s'éloignent, les éructations persistent, toujours très fétides.

Au 15e jour, nouveaux accès, 4 crises dans la journée. Le surlendemain, 2 nouvelles crises ; pendant la dernière la malade tombe de son lit. On vient la relever, elle était morte.

L'autopsie, faite avec le soin le plus minutieux, est restée absolument négative.

Dans un cas semblable observé par M. Laure, la nécropsie ne fit également rien découvrir.

Quelle interprétation donner à cet accident ? Briquet admettait que la mort peut survenir par asphyxie, congestion cérébrale ou épuisement nerveux. M. Mollière est tenté de rapprocher ces accidents des phénomènes asphyxiques qui surviennent dans les diverses convulsions, l'épilepsie, entre autres. Il se demande si le spasme glottique ne pourrait pas, dans ces crises violentes, atteindre un degré et avoir une durée tels que la mort puisse en être la conséquence. A. CARTAZ.

**I.— Demonstration eines Falles von halbseitiger Gesichtsatrophie (Trophonévrose faciale), par E. KUESTER** (*Berlin. klin. Woch.*, 6 *mars* 1882).

**II. — Fall von totaler halbseitiger Gesichtsatrophie, par ZELLER** (*Ibidem*, 17 *avril* 1883).

**III. — Fall von linksseitiger Gesichtsatrophie, par RIEGEL** (*Ibid.*, 4 *septembre* 1882).

**IV. — Fall von Hemiatrophia facialis, par LICHTHEIM et FLEISCH** (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er *septembre* 1883).

**V. — Ueber progressive Gesichtsatrophie und Sclerodermie, par A. EULENBURG** (*Zeit. f. klin. Med., Band V, p.* 485).

**VI. — Fall von Hemiatrophia facialis, par MENDEL** (*Berlin. klin. Wochenschrift,* 17 *septembre* 1883).

**VII. — Ueber einen Fall von Trophonevrose im Bereiche des Nervus supraorbitalis, par F. KAREWSKI** (*Ibid.*, 3 *septembre* 1883).

I. — Louise Mulat est âgée de 59 ans. Dans son enfance et sa jeunesse, à part quelques troubles insignifiants de menstruation, elle a toujours été bien portante, n'ayant jamais eu de convulsions. A 28 ans, au bout d'un an de mariage, elle eut son premier et unique enfant.

Quelques mois plus tard, elle remarqua un affaissement de sa force qui s'accrut lentement en même temps que se développaient graduellement mais sans temps d'arrêt, les phénomènes morbides visibles maintenant. Jamais il n'y a eu de douleurs.

Les lésions correspondent manifestement à la distribution des trois branches du trijumeau gauche. Sur le front, on voit deux sillons verticaux, de la largeur du doigt : le plus interne suit le trajet du nerf sustrochléaire et se continue, glabre lui-même, au milieu des cheveux; le sillon externe qui répond au nerf susorbitaire remonte moins haut.

L'œil est profondément enfoncé sans que la vision soit diminuée et sans qu'il y ait la moindre altération du fond de l'œil.

La dépression de la fosse gauche ressemble à une cicatrice rayonnée par l'altération qu'elle exerce sur les parties voisines; ainsi la commissure labiale gauche est un peu relevée, le nez un peu dévié à gauche. Si l'on regarde le nez par en dessous, la narine gauche paraît réduite à une étroite fente longitudinale et se scinde moins bas que la droite.

L'enfoncement des régions temporale et massétérine est également très marqué.

En revanche, le menton est à peu près normal, la langue est à peine déviée et le palais n'offre aucune anomalie, non plus que les vaisseaux de la face.

A l'œil, il semble que les os de la face soient aussi atrophiés, notamment les maxillaires inférieurs, mais le palper rectifie cette impression.

Cette intégrité des os qui contraste avec les faits de trophonévrose faciale publiés jusqu'ici, s'explique par le développement tardif de l'affection qui chez cette femme, n'est apparue qu'une fois l'accroissement du système osseux terminé, contrairement au cas le plus habituel.

II. — Karl Grulich, ouvrier âgé de 23 ans, né de parents sains et bien portant lui-même jusqu'à l'âge de 10 ans, où il aurait eu un seul accès de convulsions généralisées. A peu près, vers la même époque, on s'aperçut que la moitié droite de son visage s'arrêtait dans son développement. Après s'être très lentement aggravé jusqu'à 19 ans, l'état morbide est resté depuis stationnaire.

La partie droite de la face semble très émaciée : les régions de la tempe et de la joue sont considérablement enfoncées. L'atrophie porte sur tous les tissus de la région : peau, tissu sous-cutané, muscles et os.

Les téguments présentent des sillons et des rides multiples, mais ils n'offrent aucune anomalie de teinte.

La disparition du pannicule est si complète qu'en beaucoup d'endroits, l'œil distingue à travers la peau les contours des os. Par exception, la graisse de l'orbite subsiste encore assez, pour que le globe oculaire droit n'ait pas subi d'enfoncement notable.

L'excitabilité électrique des muscles atrophiés est conservée.

L'atrophie des maxillaires supérieur et inférieur et du zygomatique est

très accusée; le menton et le nez sont obliques à droite; l'angle buccal droit est d'un centimètre plus haut que le gauche et lors même que la bouche est fermée, il constitue une fente béante vu la diminution du volume des lèvres.

Sur la ligne médiane du front, de la racine des cheveux à celle du nez s'étend un large sillon d'aspect cicatriciel correspondant à une dépression de l'os sous-jacent.

L'asymétrie est visible aussi dans la cavité buccale : la moitié droite de la langue est un peu plus mince et moins longue que la gauche, cependant les lésions n'ont pas encore envahi la paroi médiane de l'organe.

La surface de la moitié malade de la langue est plus lisse que l'autre, grâce à la saillie moindre des papilles.

Les dents ne présentent aucune différence d'un côté à l'autre, non plus que l'isthme du palais.

Les cheveux et la barbe n'offrent pas de différence appréciable.

Du côté malade, vu l'amincissement de la peau, la sensibilité est un peu accrue.

Aucune anomalie des sécrétions sudorale, salivaire et lacrymale; fond de l'œil normal.

L'oreille qui ne reçoit que quelques rameaux insignifiants du trijumeau est le seul organe resté indemne; sur le reste du corps, aucune trace d'asymétrie.

Zeller pense que son malade est une preuve qu'il faut chercher le point de départ de la trophonévrose uniquement dans le tronc du trijumeau, car l'atrophie est exactement limitée à la distribution de ce nerf.

La plupart des 43 cas d'hémiatrophie faciale réunis par Wette concernent des femmes et la moitié gauche de la face, contrairement au fait actuel.

III-IV. — Riegel et Lichtheim ont présenté l'un à la Société médicale de Giessen, l'autre à celle de Berne, Otto Schwahn, déjà étudié par Romberg et par Virchow. (*R. S. M.*, XXI, 582).

Riegel a fait remarquer qu'il s'agit ici d'un cas de trophonévrose pure, car la nutrition seule des tissus a souffert. L'atrophie de la peau, du tissu sous-cutané, des muscles et des os existe à l'exclusion de tout trouble de la sensibilité et des vaisseaux. Quant à la motilité, elle n'offre d'autre altération qu'un affaiblissement dû à l'atrophie musculaire. C'est un fait à opposer à ceux d'hémiatrophie faciale paraissant pouvoir être rapportés à une lésion du sympathique, parce qu'ils s'accompagnent de mydriase, de saillie du globe oculaire, de pâleur de la conjonctive, de diminution des larmes, d'un peu d'accélération du pouls et de sensibilité des ganglions cervicaux à la pression.

A l'occasion du malade amené par Lichtheim, Fleisch attire l'attention sur ce fait qu'il a déjà constaté dans deux autopsies, c'est que l'hémiatrophie de la face est parfois associée à une microcéphalie partielle.

Lichtheim lui objecte que la microcéphalie est une lésion congénitale, tandis que l'atrophie de la face ne se développe guère avant l'âge de six ans; Fleisch répond que dans des cas aussi, l'hémiatrophie de la face s'était montrée postérieurement à la naissance.

V. — Eulenburg rapporte deux observations, l'une d'atrophie progressive du visage (aplasie lamineuse), l'autre de sclérodermie et il les fait suivre de commentaires intéressants.

La malade atteinte d'aplasie lamineuse est une petite fille de sept ans, chez laquelle la maladie avait débuté à l'âge de cinq ans et avait envahi la partie

gauche du visage. Les particularités les plus intéressantes de cette observation ont trait à des différences de circulation et de température.

Les pulsations de la carotide et de la massétérine sont plus fortes à gauche, à cause de l'amincissement de la peau. Le tracé graphique de la carotide droite est normal, celui de la carotide gauche katatricrote. Cette tricrotie du pouls peut être expliquée par un abaissement de tension à gauche, qui tient vraisemblablement à un développement vasculaire incomplet du côté malade. Cette hypothèse est d'accord avec l'examen cheiloangioscopique fait par le professeur Hueter que la lèvre inférieure atrophiée avait des vaisseaux plus petits et moins nombreux.

La température des deux côtés était la même (37,2°); mais la perte de chaleur du côté gauche mesurée par les appareils thermo-électriques était plus considérable que sur les points symétriques du côté opposé. — Sous l'influence des émotions ou des excitations électriques, le côté gauche rougit par places, et les plaques rouges sont séparées par des parties blanches.

L'observation de sclérodermie publiée par l'auteur ne diffère par aucun point important des observations connues. M. DEBOVE.

VI. — Dans le fait suivant, l'atrophie occupait non seulement la moitié gauche de la face, mais les membres correspondants. Jeune fille de 23 ans, sans hérédité nerveuse et bien portante jusqu'à l'âge de 7 ans où survint une difformité de la face qui augmenta d'abord lentement, puis est restée stationnaire depuis 8 ans.

Mendel la soigne pour des troubles mentaux qui lui semblent n'avoir rien affaire avec l'hémiatrophie. Depuis quatre mois, elle se figure que tout le monde s'occupe d'elle; qu'on a même fait une pièce de théâtre à son sujet. En des personnes étrangères, elle croit reconnaître des connaissances, des parents qui auraient pris un faux nom. Il y a également un mélange d'idées érotiques.

La moitié gauche de la face a subi un arrêt de développement marqué. Le front est divisé en deux par une rainure profonde, presque verticale. Une deuxième rainure traverse la face au-dessous de l'arcade zygomatique et parallèlement à elle; une troisième occupe à peu près le milieu de la lèvre supérieure. Enfin, au-dessous de la paupière inférieure gauche, se voit une autre dépression.

La région du buccinateur et celle du temporal sont enfoncées.

La moitié gauche des lèvres est beaucoup moins épaisse.

L'ouverture de la bouche et la pointe du nez sont déviées à gauche. Les fentes palpébrales, les bulbes oculaires et les pupilles sont symétriques. Le coloris de la face, la sécrétion des larmes, celles de la salive et de la sueur n'offrent pas de différence.

Le pannicule graisseux de la face a presque entièrement disparu.

Le pavillon de l'oreille gauche a un centimètre de longueur en moins que le droit.

La moitié gauche de la langue est très manifestement atrophiée; elle présente une série d'entailles gercées.

La sensibilité et la réaction à l'électricité sont normales.

Les cheveux sont clairsemés au niveau des régions frontale et sincipitale gauches.

Les os du crâne, comme ceux de la face, paraissent moins développés du côté gauche. La moitié gauche du crâne ne contribue que pour 265 millimètres à la circonférence horizontale totale du crâne qui est de 540. La distance entre l'angle de la mâchoire et le milieu du menton qui est de 12 centimètres à droite, se réduit à gauche à 10,5.

Les vaisseaux de la tête paraissent être normaux. La région du ganglion cervical supérieur n'est pas douloureuse.

La malade ne s'est pas encore laissé examiner le corps; il est toutefois manifeste qu'elle a une attitude penchée à droite.

Aux mains et aux pieds, l'asymétrie est frappante.

La circonférence de la main gauche est de 1 centimètre 5 moindre qu'à droite; son pouce, son index et son petit doigt sont plus courts d'un demi centimètre.

Le pied gauche a une longueur normale d'un centimètre; son gros orteil est plus court d'un demi-centimètre.

La musculature des avant-bras et des jambes n'offre pas d'anomalie sensible.

VII. — Femme de 55 ans, présentant à peu près au milieu de la moitié gauche du front, une dépression large comme le doigt, profonde d'un millimètre, commençant au rebord susorbitaire, à l'endroit où les nerfs et vaisseaux s'élèvent vers le front, et décrivant un arc légèrement convexe à droite, pour gagner la suture coronale.

Un sillon semblable, mais moitié plus étroit, part du même point de l'arcade orbitaire pour se diriger obliquement vers le nez, en formant avec le premier un angle obtus d'environ 150 degrés ouvert à droite.

La paupière supérieure gauche semble abaissée, et le rebord sus-orbitaire, au point de rencontre des deux sillons semble à première vue présenter une inflexion anguleuse. Les sourcils et les cheveux manquent au niveau des sillons. La peau, à leur niveau, offre une légère pigmentation brune et un amincissement tel qu'on voit par transparence les plus fins vaisseaux; elle est mobile sur la couche sous-jacente, complètement dénuée de tissu adipeux.

L'os frontal présente tout le long des sillons, une dépression manifeste qui va en diminuant de bas en haut; la transition avec l'os sain est si brusque que ce dernier paraît le siège d'exostoses.

Intégrité complète de la motilité, de la sensibilité et de la sécrétion sudorale. Œil gauche tout à fait semblable au droit.

La femme fait remonter le début du mal, qui ne la préoccupe nullement, à sa première grossesse. Il apparut alors sur le front une tache jaune qui s'agrandit peu à peu, surtout pendant les grossesses ultérieures. La peau ne commença à s'enfoncer que lors du dernier accouchement, il y a onze ans. Jamais il n'y a eu ni douleurs ni aucune sensation incommode.

La malade n'a jamais eu de névralgies, ni éprouvé de traumatisme à ce niveau. J. B.

**I. — Des angines de poitrine, par H. HUCHARD** (*Revue de médecine, avril-septembre* 1883).

**II. — Note sur un cas de tic de Salaam, par H. GAUTIEZ** (*France médicale,* 10 *février* 1883).

**III. — A case of megrim (migraine) with paralysis of the third nerve, par SAUNDBY** (*The Lancet,* 2 *septembre* 1882).

**IV. — Ein Fall von Hypoglossuskrampf, par Ernst REMAK** (*Berlin. klin. Woch.,* 20 *août* 1883).

**V. — Contracture passagère professionnelle des fléchisseurs des doigts de la main droite chez une fleuriste, par OZENNE** (*France méd.,* 18 *novembre* 1882).

**VI. — Ueber sogenannte symmetrische Gangrän, par WEISS** (*Prager Zeits. f. Heilk., III, p.* 233).

I. — L'auteur s'est attaché dans ce travail à envisager l'angine de poitrine non pas comme une affection ayant une évolution toujours iden-

tique à elle-même, mais comme un syndrome dont les allures et le pronostic varient avec la cause qui l'engendre. A côté de l'angine de poitrine vraie, celle qui reconnaît pour cause une altération organique du cœur, celle dont on meurt, il existe toute une classe d'angines de poitrine engendrées par un trouble fonctionnel cardiaque et susceptibles de disparaître par un traitement général approprié. D'après M. Huchard, la source unique de la première variété résiderait dans l'ossification des artères coronaires; celle-ci amène le rétrécissement de ces vaisseaux et par suite une *ischémie cardiaque organique;* il discute, chemin faisant, les autres théories proposées, entre autres celle de la névrite cardiaque, et croit que les observations citées à l'appui de celle-ci ne sont ni assez nombreuses, ni assez probantes. Les pseudo-angines de poitrine reconnaîtraient au contraire des causes multiples parmi lesquelles nous citerons le nervosisme, l'arthritisme, la goutte, la syphilis, l'alcoolisme, le tabagisme, certaines dyspepsies et quelques affections périphériques telles que les lésions des nerfs du membre supérieur gauche (Potain), etc. La description classique de l'angine de poitrine est celle qui convient à l'angine vraie, les pseudo-angines diffèrent de celles-ci par de nombreux caractères, entre autres par la répétition des accès surtout la nuit, ou sous l'influence de causes variables, par leur longue durée, par la fréquence des prodromes (pâleur de la face, refroidissement des extrémités, sensation douloureuse dans les membres, etc.), leur alternance avec d'autres manifestations des complexus morbides qui leur donnent naissance, la dyspnée qui les accompagne, la sensation d'oppression, de plénitude intra-thoracique accusée par les malades, l'agitation, les cris du patient, enfin par la gravité incomparablement moins grande des accès.

Après avoir groupé toutes ces variétés sous cinq chefs principaux : angines de poitrine organiques, nerveuses, réflexes, diathésiques, toxiques, l'auteur aborde la partie thérapeutique et recommande surtout pendant l'accès les inhalations de nitrite d'amyle et les injections de morphine ; dans l'intervalle un traitement approprié à la nature de l'angine : iodure de potassium s'il s'agit d'une angine vraie ; bromure de potassium et hydrothérapie si l'on a affaire à une hystérique, à un hypochondriaque ; arsenic, salicylate de soude, si le malade est arthritique, etc.

C. GIRAUDEAU.

II. — Le tic de Salaam ou *eclampsia nutans* est une affection peu fréquente. West dit n'en avoir observé qu'un seul cas. Tordeus (de Bruxelles) lui a récemment consacré une intéressante monographie reposant sur 14 observations.

Dans le nouveau fait publié par M. Gautiez, il s'agit d'un petit garçon de 17 mois, qui avait été nourri par sa mère jusqu'à l'âge de 11 mois. Celle-ci avait été atteinte cinq ans auparavant d'accidents éclamptiques graves lors d'un accouchement prématuré avec enfant mort-né. Elle avait eu depuis une deuxième grossesse, mais l'enfant avait succombé pendant l'accouchement. Quelques semaines après sa naissance le sujet de l'observation avait été atteint d'un eczéma de la face, de la tête et du tronc, qui n'avait disparu qu'à l'âge de 9 mois. C'est vers cette époque que commençait le travail de la dentition accompagné des phénomènes étranges qui suivent.

L'enfant, d'ailleurs vigoureux, sans aucune affection organique apparente, est sujet à des accès précédés pendant quelques secondes d'une période où il paraît absorbé et manifeste une certaine inquiétude. Il lève les yeux et pa-

raît fixer attentivement un objet. Il pâlit légèrement, puis tout à coup, s'il tient un jouet, il le laisse échapper et fléchit brusquement la tête sur le thorax et celui-ci sur le bassin. En même temps il lève légèrement les épaules et projette en avant ses mains renversées en arrière, comme s'il voulait prévenir une chute. Ces mouvements s'exécutent avec une grande rapidité, se reproduisent jusqu'à 30 fois de suite, mais le plus souvent seulement 8 à 10 fois.

Le degré de flexion de la tête et de projection des bras n'est pas toujours aussi accentué ; quelquefois le mouvement n'est qu'ébauché; il peut même manquer tout à fait et alors l'accès ne se traduit pas par la pâleur et la fixité du regard.

Aussitôt que l'accès cesse, les yeux deviennent larmoyants. La figure paraît étonnée ; l'enfant soulagé reprend bien vite sa gaieté. Il y a en moyenne 8 accès par jour.

Ces symptômes se rapportent nettement à l'affection à laquelle Newnham a donné en 1849 le nom d'*Eclampsia nutans* ou *Salaam convulsion.*

S'agit-il là d'une maladie *sui generis*, ou bien d'une variété d'épilepsie ? West paraît se rattacher à cette dernière opinion. Cependant, depuis 8 mois que le petit malade de M. Gautiez est en observation, aucun autre phénomène convulsif n'est venu s'ajouter aux mouvements de saltation. GASTON DECAISNE.

III. — Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, bien développée, exempte de syphilis et toute autre tare diathésique, qui depuis six ou sept années éprouvait de temps à autre une attaque d'un mal bizarre, caractérisé par du mal de cœur, de la somnolence, une vive douleur au niveau de l'œil gauche et une chute de la paupière supérieure du même côté. Ces attaques duraient ordinairement quatre ou cinq jours, et tous les symptômes disparaissaient ensuite sans laisser de traces. Quand elle vint consulter l'auteur, trois jours après le début d'une de ces crises, il existait une paralysie presque complète du moteur oculaire commun du côté gauche avec ptosis et dilatation de la pupille qui ne tarda pas à s'améliorer, mais qui mit plus de six semaines à disparaître entièrement. Pendant les deux années qui suivirent, il y eut encore plusieurs crises semblables, offrant chaque fois la même succession de symptômes avec une durée de plus en plus longue. A la dernière date indiquée, il persistait une paralysie du droit supérieur, avec parésie des autres muscles innervés par la troisième paire et légère dilatation de la pupille, le tout sans changement depuis près de trois mois; l'acuité visuelle de l'œil gauche était notablement diminuée.

L'auteur en présence de ces accès intermittents, survenant sans cause connue chez une jeune fille bien portante et nullement hystérique, croit pouvoir admettre qu'il s'agissait d'une véritable migraine compliquée de paralysie de la troisième paire comme certains auteurs, Wilks notamment, en ont cité des exemples. H. BARTH.

IV. — Fleury et Vallin(*Gaz. hebdom.*, 1865), puis Ganghofner (*Prag. med. Woch.*, 1882, n° 41) ont publié sous le nom d'aphthongie, auquel Remak propose de substituer celui de crampe articulatoire, des exemples de convulsions toniques de la langue survenant chaque fois que le malade voulait parler.

Le fait suivant est au contraire un exemple de crampe masticatoire ; Remak le range dans l'épilepsie corticale.

Ouvrier de 33 ans, bien portant, sans antécédents syphilitiques ni hérédité nerveuse.

Il y a 4 semaines, il lui sembla tout à coup que la moitié gauche de sa langue avait été échaudée.

Dans les 15 jours suivants, il éprouva la même sensation sur le reste de la angue, sur la face interne de la moitié gauche de la lèvre inférieure et sur les

gencives inférieures du côté gauche, en même temps survenaient des convulsions indolores de la langue.

État actuel : Légère parésie des filets buccaux du facial gauche.

La bouche étant ouverte, on voit la langue appliquée contre le plancher de la bouche, animée de mouvements rythmiques, produisant tour à tour un rétrécissement, un aplatissement de sa surface et une projection en avant ; ces mouvements se répètent 50 fois par minute.

En même temps on perçoit à l'extérieur des contractions rythmiques correspondantes des muscles insérés au maxillaire inférieur et à l'hyoïde, des génio-hyoïdiens notamment.

Mais les convulsions ne sont jamais assez énergiques pour que la langue vienne heurter les dents.

Ces convulsions s'exagèrent quand on abaisse la langue avec une spatule et encore plus quand on fait tirer la langue au malade.

L'exploration du goût et de la sensibilité tactile de la langue ne révèle aucune anomalie.

Pendant qu'on applique un courant faradique sur le tronc de l'hypoglosse au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde, la moitié correspondante de la langue est tétanisée et les mouvements rythmiques cessent.

Le voile du palais est normal. Intégrité de tous les autres nerfs crâniens.

La parole, qui n'exagère pas les convulsions, est un peu épaisse et lente ; *d. t. s.* sont les consonnes les moins bien articulées.

La mastication au contraire exagère tellement les mouvements anormaux que le malade se mord le côté gauche de la langue et est obligé parfois de cracher les aliments avant de les avoir mastiqués, parce que la langue en venant s'appliquer contre le palais empêche la déglutition.

Au bout d'un certain temps que le malade mastique, les convulsions se propagent à la moitié inférieure de la face : on assiste à l'envahissement successif du zygomatique, du buccinateur, du triangulaire et du carré du menton, du digastrique et du peaucier qui sont agités de contractions à la fois cloniques et toniques. Les branches supérieures du facial restent toujours indemnes.

Quand l'accès est aussi complet il y a impossibilité absolue de parler et de manger et le malade se sent défaillir sans perdre complètement connaissance. Au bout d'un peu plus d'une minute les convulsions s'apaisent peu à peu et le malade a pour quelque temps la possibilité de manger.

Après chaque accès la parésie faciale est momentanément plus marquée.

Au bout de 7 semaines d'un traitement combiné par l'iodure et le bromure de potassium et par la galvanisation avec l'anode, les accès sont devenus de plus en plus rares et ont enfin disparu complètement ainsi que la paresthésie. 3 semaines après la cessation de ce traitement seule la parésie faciale subsistait. J. B.

V. — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, employée depuis plusieurs années dans un magasin de fleurs, qui s'était aperçue depuis quelque temps d'une gêne dans les mouvements de la main droite. Cette gêne survenait surtout le matin, au moment où la malade reprenait son travail, mais elle se produisait parfois aussi pendant la soirée ou pendant la nuit. Lorsqu'elle avait lieu à l'état de veille, la malade ressentait tout d'abord quelques fourmillements dans les quatre derniers doigts ; puis elle assistait à leur flexion, sans éprouver aucune douleur et sans pouvoir y mettre obstacle. En déployant une certaine force, elle parvenait à les étendre, mais, dès qu'elle les abandonnait, ils reprenaient leur position fléchie.

D'autres fois, cette flexion se produisait la nuit sans interrompre le sommeil, et le matin il y avait impossibilité d'étendre les doigts pendant une demi-heure et quelquefois une heure. Les quatre derniers doigts étaient fléchis dans toutes leurs articulations, et le degré de flexion inégal était d'au-

tant plus prononcé que l'on se rapprochait davantage du bord cubital. La phalange terminale du petit doigt touchait la paume de la main. Le pouce était dans l'extension et jouissait de ses mouvements normaux.

Cette jeune fille anémique, et d'un tempérament nerveux, pratiquait le ficelage des fleurs et le montage des feuilles. Pour cette dernière opération, elle se servait d'une pince dont les lames s'écartaient et se rapprochaient par des mouvements alternatifs et continuellement répétés des quatre derniers doigts. C'est à ce travail que l'auteur attribue les troubles de la motilité qu'il compare à la crampe de la couture. La guérison a d'ailleurs été facilement obtenue par le repos, le fer et le bromure de potassium.

GASTON DECAISNE.

VI. — Dans cette monographie, très complète au point de vue historique, nous ne pouvons que signaler ici la conception que Weiss propose à cette névrose complexe. Chez des individus nerveux le centre vasomoteur est excité soit d'une manière automatique par des influences inconnues, soit par voie réflexe à la suite de l'irritation des nerfs sensibles ou d'impressions psychiques. D'où excitation des vaso-moteurs et convulsion des vaisseaux. La contraction des artérioles cutanées produit l'aspect cadavérique ; celle des veinules la cyanose. L'ischémie spasmodique du centre de la parole amène l'aphasie ; celle du centre cilio-spinal des phénomènes oculo-pupillaires ; celle des cornes antérieures des troubles trophiques des muscles et des articulations ; celle enfin des cordons postérieurs les altérations de la peau. L. D.-B.

**I. — Spasme musculaire au début des mouvements volontaires ; étude d'un trouble fonctionnel jusqu'à ce jour non décrit en France, par G. BALLET et P. MARIE** (*Arch. de neurologie, janvier* 1883).

**II. — Demonstration zweier Fälle von Thomsen'scher Krankheit, par WESTPHAL** (*Berlin. klin. Woch.*, 12 *mars et* 14 *mai* 1883).

**III. — Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit, par SCHŒNFELD** (*Ibid.*, 2 *juillet* 1883).

**IV. — Tonische Krämpfe in wilkurlich bewegten Muskeln (Myotonia congenita), par Adolf STRUEMPELL** (*Ibid.*, 28 *février* 1883).

**V. — La maladie de Thomsen, par R. LONGUET** (*Union méd.*, 25 *novembre* 1883).

I. — Le trouble fonctionnel désigné par les auteurs de ce travail sous le nom de « spasme musculaire au début des mouvements volontaires », a déjà été entrevu et signalé par plusieurs auteurs allemands, Seeligmüller entre autres, qui en a apporté trois cas et a dénommé cette maladie « paralysie spinale hypertrophique spasmodique ».

Mais l'attention n'a été véritablement attirée sur cette altération fonctionnelle qu'à la suite de l'observation publiée par le Dr Thomsen, atteint lui-même de cette affection dont il a pu retrouver de nombreux exemples dans trois générations de sa propre famille où les accidents nerveux sont d'une remarquable fréquence : sept de ses frères et sœurs sur treize en furent affectés à des degrés divers ainsi que plusieurs de ses enfants, mais en général sous une forme atténuée.

Le résumé suivant de l'observation publiée par G. Ballet et Marie pourra donner une idée du syndrome clinique appelé encore : « maladie de Thomsen ».

Il s'agit d'un étranger âgé de 26 ans, venu du Caire à Paris consulter M. Charcot. Né d'une famille juive, établie depuis longtemps en Égypte, il ne peut fournir aucun renseignement sur les antécédents pathologiques de ses parents. Doué d'une santé parfaite, il n'a jamais eu de maladie vénérienne.

Les premiers symptômes de l'affection se sont montrés vers l'âge de 10 ans; déjà, à cette époque, il se trouvait plus lourd que les autres enfants et il faisait la remarque qu'étant assis sur un banc, il avait parfois de la peine à se lever. Plus tard, il s'est aperçu d'une certaine raideur dans les muscles du cou, d'une gêne dans les mouvements de la langue et éprouvait comme une sensation de constriction au niveau du larynx.

Veut-il faire un mouvement, il se produit à cette occasion, une rigidité tétanique des muscles qui sont alors durs et saillants ; et pendant une, deux ou trois secondes l'entrave à la locomotion est absolue. Ce n'est jamais qu'au début des mouvements que le phénomène a lieu. Cette anomalie fonctionnelle des muscles s'observe non seulement aux membres inférieurs, mais aussi aux supérieurs ; il en résulte parfois des attitudes bizarres.

Un examen attentif permet de constater que X... est un homme bien musclé ; à l'état de repos la consistance des muscles est normale, mais la pression montre qu'ils sont hyperesthésiés, la sensibilité cutanée n'étant point modifiée.

Quant aux mouvements passifs, ils s'exécutent avec la plus grande facilité.

D'après les tracées myographiques qui ont été pris, la durée totale du phénomène, c'est-à-dire de l'état de spasme musculaire, a toujours été de cinq secondes et demie.

L'intelligence est restée intacte ; il n'y a guère à relever que l'irritabilité et une légère disposition inquiète.

Quelle est la nature de cette affection. Est-ce la moelle, sont-ce les muscles qui entraînent ce trouble fonctionnel ? Se fondant sur le fait de la généralisation des troubles moteurs à presque tous les muscles volontaires, leur caractère transitoire, les auteurs seraient plutôt portés à assigner à cette maladie une origine musculaire.

Quoi qu'il en soit, ils se refusent à admettre la qualification de paralysie spinale spasmodique hypertrophique proposée par Seeligmüller ; ce n'est pas une paralysie, d'abord, et ensuite la nature hypertrophique semble douteuse; en dernier lieu il paraît inutile de préjuger aussi l'origine spéciale de l'affection; le nom de spasme musculaire au début des mouvements volontaires, ne présume rien et résume seulement les faits acquis. PAUL GARNIER.

II. — Le nom de maladie de Thomsen, donné par Westphal à l'affection, rappelle celui du médecin Schleswigois qui le premier l'a décrite sur lui-même et sur plusieurs membres de sa famille. Depuis le mémoire de Thomsen (*Arch. für Psychiatrie,* VI, 1876, il en a été publié de nouveaux cas par Bernhart(*R. S. M.*,586, VII), Seeligmüller, Strümpell, Erb, Peters (*R. S. M.*, XVII, 587) et Petrone ; on voit qu'à part une venant d'Italie, celle de Petrone, toutes les autres observations sont de provenance allemande.

Le symptôme essentiel de l'affection consiste en un empêchement des mouvements volontaires, causé par une contracture passagère des muscles qui apparaît dans les circonstances suivantes :

1° Après une longue immobilité dans la station assise ou verticale. Quand les personnes atteintes de la maladie de Thomsen se lèvent après

être restées longtemps assises, elles éprouvent une raideur telle dans les jambes qu'elles ne peuvent bouger de place;

2° Dans des efforts musculaires, ou même dans un mouvement unique mais énergique, si, par exemple, l'avant-bras est rapidement et énergiquement fléchi sur le bras on voit le biceps et le long supinateur devenir saillants et durs, de sorte que l'individu ne peut étendre aussitôt son membre ; ce n'est que graduellement que l'action des extenseurs réussit à vaincre cette crampe des fléchisseurs;

3° Dans certains mouvements un peu compliqués ou gênants : en mettant son habit, en jouant d'un instrument, en faisant de la gymnastique, en dansant, en écrivant. Les enfants atteints de cette affection se trouvent dans la brusque impossibilité de continuer leurs jeux;

4° Dans toute émotion inopinée, physique ou morale. Par exemple, la personne se heurte le pied en courant; ses jambes deviennent raides et déterminent une chute immédiate;

5° La seule pensée des accidents suffisait à les faire revenir chez Thomsen ; mais il n'en est pas ainsi chez les deux hommes présentés par Westphal.

Un séjour prolongé au froid favorise le retour des spasmes; au contraire, pour les faire disparaître, il suffit de répéter souvent le même mouvement.

Au point de vue du siège, tous les muscles du tronc et des membres peuvent être attaqués, mais jamais les sphincters. Les muscles innervés par les nerfs crâniens offrent des troubles analogues, mais moins accusés. Ainsi en parlant, ces personnes ont souvent la sensation que leur langue est raide ; une fois les yeux fermés elles éprouvent une certaine difficulté à les rouvrir ou bien elles ne peuvent porter le regard dans telle ou telle direction. Il en est de même quand elles rient ou quand elles mangent. Il leur arrive alors d'éprouver une impossibilité subite à refermer la bouche.

D'autre part, les muscles animés par les nerfs rachidiens présentent incontestablement une hypertrophie, ou tout au moins une augmentation de volume. Mais leur apparence athlétique contraste avec la constitution et la taille du corps qui sont ordinaires, avec l'absence de tout surcroît d'énergie musculaire.

L'excitabilité mécanique des muscles est accrue, car si l'on présente le biceps il se contracte aussitôt dans sa totalité, conserve son spasme un certain temps, puis revient lentement à l'état de flaccidité.

L'excitabilité faradique offre les mêmes phénomènes.

En revanche, les réflexes tendineux ne sont pas exagérés.

La sensibilité est intacte. Toutefois, chez les deux malades de Westphal, l'impression du froid détermine des démangeaisons.

L'examen microscopique de fragments musculaires excisés sur le vivant n'a rien fourni ; mais ce serait les terminaisons nerveuses qu'il faudrait pouvoir examiner.

L'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie de l'affection. Quand une personne est atteinte de maladie de Thomsen, on est sûr de rencontrer soit cette maladie, soit quelque névrose, chez plusieurs membres de la famille ! Thomsen lui-même a retrouvé l'affection en question chez les quatre générations de ses ascendants auxquelles il a pu remonter. L'un

des malades de Westphal est fils d'une sœur de Thomsen qui est indemne elle-même.

Dans tous les cas publiés, sauf un, le début du mal datait de l'enfance.

Tous les traitements essayés se sont montrés impuissants.

Le fils de Thomsen, recruté pour le service militaire, eut beaucoup à souffrir pendant son séjour à l'armée, parce qu'on prenait, pour de la simulation, l'impossibilité où il se trouvait fréquemment de faire l'exercice.

Quant à la nature de la maladie, Thomsen la rapproche des névroses, sans motifs suffisants à l'estimation de Westphal qui en fait une anomalie congénitale de la tonicité musculaire.

Jacusiel la regarde comme une aberration de développement des germes embryonnaires destinés réciproquement aux systèmes nerveux et musculaires ; pour lui, il y a disproportion énorme entre le volume des muscles embryonnaires et celui des nerfs auxquels ils doivent obéir. Il en résulte que l'influx nerveux ordinaire est impuissant à mettre en jeu sur ces masses musculaires colossales qui, travaillant insuffisamment, finissent par devenir paresseux.

III. — Jeune homme robuste, incorporé depuis 5 mois. Presque journellement en faisant l'exercice il tombe une ou plusieurs fois par terre, sans avoir eu d'étourdissement ni perdu connaissance. Comme il est plein de bonne volonté, ses chefs ne le prennent pas pour un simulateur. C'est la première idée qu'a eue Schœnfeld, lorsque ce soldat est entré à l'hôpital.

La lecture de l'article de Westphal lui a ensuite fait songer qu'il avait affaire à un exemple d'affection de Thomsen.

La mère est vivante ; le père est mort de rhumatismes à 52 ans. Un oncle et une tante paternels ainsi qu'une de ses sœurs sont rhumatisants.

Lui-même a été bien portant jusqu'à l'âge de 14 ans, où il éprouva une frayeur d'avoir été mordu par un chien ; son mollet gauche présente en effet de nombreuses cicatrices.

C'est depuis lors que ses jambes ont commencé à lui refuser service dès qu'il marchait un peu longuement ou se tenait longtemps debout. Une fois, au moment de monter en chemin de fer il lui fut impossible de lever les jambes à la hauteur du marche-pied. Quand il heurte un obstacle il est contraint de s'arrêter pour ne pas tomber.

Par moments, il ressent de vives démangaisons dans les membres inférieurs.

Son état s'est beaucoup aggravé depuis qu'il est soldat.

Ses masses musculaires n'offrent aucun développement exagéré. Les réflexes rotuliens sont appréciables, pas de trépidation épileptique quand il fléchit le pied.

Dès qu'on le fait tenir 10 minutes sur place, il lui est impossible de se remettre rapidement en mouvement. Lentement et avec un effort visible, il soulève un membre inférieur en le fléchissant à 120°, puis le repose sur le sol, la pointe du pied fortement abaissée et sans étendre le genou. Ce n'est qu'au bout d'une dizaine de pas que la marche redevient normale.

D'autres fois après une station prolongée, il tombe sur les genoux et ne peut se relever qu'au bout de quelques minutes. Après être resté assis quelque temps, la raideur des jambes l'empêche de se dresser.

Quand on cherche à imprimer des mouvements aux jointures des membres supérieurs et inférieurs on éprouve un certain obstacle qui cède graduellement.

La parole est lente et traînante. Les mots un peu difficiles, exigeant des mouvements agiles de langue, ne peuvent être prononcés rapidement. J. B.

IV. — On sait que Westphal a donné le nom de maladie de Thomsen à une affection singulière portant essentiellement sur les muscles volontaires. Ceux-ci se raidissent tétaniquement au moment où le malade veut les mettre en mouvement.

L'observation de Struempell est un cas de ce genre.

Il s'agit d'un commerçant âgé de 36 ans chez lequel, comme c'est l'ordinaire, l'affection qui datait de la plus tendre enfance n'avait fait que s'aggraver avec le temps.

Il n'existait pas d'hérédité ascendante, mais une sœur aînée et un frère plus jeune étaient atteints du même mal, tandis que les trois autres frères et sœurs étaient indemnes.

Chaque fois que cet homme veut mouvoir un muscle quelconque de son corps, il éprouve une sensation qu'il compare à l'état d'un ruban élastique qui, trop distendu, ne peut revenir immédiatement à sa position première. S'il ferme la main, il ne peut la rouvrir de suite. S'il étend la jambe il ne peut plus la fléchir qu'au bout d'un certain temps. Même phénomènes du côté de la bouche et des yeux.

Les premiers mots sont difficilement articulés ; la première gorgée de liquide ne franchit le pharynx qu'après un effort visible.

Au bal, quand son tour venait de danser, cet homme avait le soin de s'isoler dans un coin pour faire tout seul les premiers pas.

Au bout de quelque temps en effet les mouvements, en se répétant, deviennent faciles. Les premières marches d'un escalier sont seules difficiles à gravir.

La sensation de lourdeur de plomb est plus marquée le matin, même à jeun, plus marquée aussi dans les fortes chaleurs et les grands froids et après un exercice fatigant.

Quand les symptômes sont à leur apogée le malade n'ose descendre dans la rue ; la crainte d'un faux pas ou la vue d'une voiture suffisent à raidir tout son corps et à le faire conséquemment tomber.

Le système musculaire est très développé et sa force intrinsèque très grande.

La santé générale et l'appétit sont excellents. Mais il ne supporte ni les boissons ni le tabac.

Le moindre écart de régime, comme toute émotion, est cause de céphalalgie.

Les réflexes cutanés et tendineux, la sensibilité sont à l'état normal.

Struempell voit là une anomalie congénitale du système musculaire. J. B.

V. — M. Longuet a résumé dans l'*Union* les principaux détails historiques et cliniques sur cette maladie. C'est un bon article de revue à consulter. A. C.

**I reflessi tendinei (Les réflexes tendineux à l'état physiologique et dans les maladies nerveuses et mentales), par SEPPILLI** (*Riv. sper. di fren. e di med. legale, fasc.* 3, 1882, *et* 1, 1883).

Après une revue bibliographique très complète, l'auteur étudiant les réflexes tendineux à l'état normal, admet que sauf de très rares exceptions, le réflexe rotulien ne manque jamais, que le réflexe du pied est moins facile à provoquer que le précédent; que l'excitation des tendons des muscles du bras et de l'avant-bras donne lieu à une contraction musculaire correspondante, mais que celle-ci, spécialement dans l'avant-bras, est provoquée plus difficilement et moins nettement que dans les muscles de la jambe et du pied.

Les réflexes tendineux sont exagérés dans le tabes dorsal spasmodique, dans la sclérose des cordons latéraux, dans la sclérose latérale amyotrophique, dans la sclérose en plaques, dans les hémiplégies d'origine cérébrale, avec dégénération secondaire spinale, dans l'hystérie, la chorée, les myélites par compression, les myélites aiguë et chronique.

Au contraire, sans être absolument constante, l'absence du réflexe rotulien est un des phénomènes morbides les plus fréquents au début de l'ataxie locomotrice. Dans la paralysie infantile et dans la paralysie spinale de l'adulte, dans quelques formes d'atrophie musculaire progressive, en somme, dans les poliomyélites antérieures aiguës et chroniques, les réflexes tendineux sont ordinairement diminués ou abolis. Il en est de même pour les membres atteints par la paralysie diphtéritique.

Les recherches personnelles de Seppilli ont surtout été faites chez les aliénés ; il a examiné 178 individus, 91 femmes et 87 hommes. Il appelle tout d'abord l'attention sur ce fait, que la proportion pour cent des malades examinés, et concernant des réflexes tendineux distincts, est plus élevée dans les états accompagnés d'excitation (68 0/0)que dans les autres formes d'aliénation mentale et que parmi ces dernières, la proportion a été trouvée plus élevée pour les folies pellagreuses (61 0/0), épileptiques, (57 0/0), pour l'imbécillité et l'idiotie (59 0/0). Elle est beaucoup plus faible pour la lypémanie (47 0/0) et surtout pour la stupeur et la démence tranquille (30 0/0).

L'exagération des réflexes s'observe surtout chez les pellagreux. Seppilli insiste spécialement sur ce fait, que l'exagération des réflexes tendineux peut être indépendante des autres phénomènes morbides, de sensibilité et de mouvement, qui indiquent une altération organique des éléments nerveux de la moelle spinale. Il résulte aussi de ses recherches dans la paralysie générale progressive, que le fait le plus fréquent est la permanence et non l'abolition de réflexes tendineux, et que lorsqu'ils existent, ils varient d'intensité d'un sujet à un autre et dans les divers groupes musculaires d'un même individu. F. BALZER.

---

# OBSTÉTRIQUE.

**Instrument zur Messung des Querdurchmesser des kleinen Beckens und über rectovaginale Beckenmessung (Instrument pour mesurer la dimension du diamètre transverse du petit bassin : mensuration recto-vaginale), par KÜSTNER** (*Archiv für Gynækologie, Band XX, Heft* 2).

L'orateur présente un instrument qui permet de prendre avec exactitude et sur le vivant, la dimension du diamètre transverse du bassin. Pour faire cette mensuration, il est nécessaire d'introduire une des branches de l'instrument dans le rectum et l'autre dans le vagin. — Barth (dissertation inaugurale de Iéna inspirée par Küstner), a démontré qu'en ajoutant 3 centimètres 3/10 à la dimension du diamètre trans-

verse du petit bassin, on obtient à peu près la dimension du diamètre transverse du détroit supérieur, et que, en tout cas, le chiffre obtenu n'est jamais inférieur au chiffre réel. DE BRINON.

**Ueber Beckenneigung (De l'inclinaison du bassin), par L. PROCHOWNICK** (*Archiv für Gynækologie, Band XIX, Heft* 1).

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Pour mesurer l'inclinaison du bassin sur le vivant il est difficile de se servir du diamètre conjugué vrai : l'auteur admet que l'on peut prendre dans ce but le plan du détroit supérieur qui passe par le diamètre conjugué externe.

2° La différence entre ce plan et celui qui passe par le diamètre conjugué vrai est peu importante (8° à 12°), et comme le promontoire est sujet à de bien plus grandes variations de forme et de position que l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire, il serait à désirer que l'on prenne à l'avenir le plan qui passe par le diamètre conjugué externe pour base des mensurations de l'inclinaison du bassin.

3° L'axe des apophyses épineuses des vertèbres et l'axe qui passe par le corps de ces vertèbres sont à peu près parallèles ; on peut donc dans la pratique, et sans faire de grosses erreurs, prendre le premier de ces axes pour mesurer l'angle que font la colonne lombaire et l'inclinaison du bassin (plan du détroit supérieur passant par le diamètre conjugué externe).

4° L'auteur a construit deux tables qui permettent, à l'aide de trois mensurations, d'obtenir immédiatement l'inclinaison du bassin.

Ces mensurations sont :

1° La hauteur du bord supérieur de la symphyse, prise à partir de la plante des pieds.

2° La hauteur de l'apophyse épineuse de la 5e lombaire.

3° La dimension du diamètre conjugué externe.

Les mensurations de l'auteur ont porté sur 76 hommes et 80 femmes de plus de 15 ans, sur quelques enfants, 2 cyphotiques et 21 femmes grosses. Dans la station droite non forcée, et en excluant les cas pathologiques, l'inclinaison du bassin est en moyenne de 55° pour les deux sexes, elle est un peu plus forte chez la femme que chez l'homme ; les plus grandes différences entre les chiffres extrêmes se montrent chez l'homme.

Dans le plus grand nombre des cas, l'inclinaison varie entre 50° et 60°. Dans la race allemande, on doit considérer comme pathologique toute inclinaison du bassin inférieure à 45° ou supérieure à 65°.

Ces résultats concordent à peu près avec ceux indiqués par Nægele et les frères Weber ; mais il ne faut voir là qu'une coïncidence, car la méthode employée par ces observateurs était défectueuse. H. Meyer a trouvé une inclinaison moins forte ; mais ces observations sont trop peu nombreuses.

L'inclinaison de l'axe des jambes sur l'horizontale présente de grandes variations individuelles ; elle est en moyenne de 80° 1/2 chez l'homme et de 77° chez la femme. L'angle que forme l'axe des jambes et le plan

d'inclinaison du bassin est de 128° chez l'homme et de 127° 1/2 chez la femme.

Les mensurations prises sur le vivant confirment pleinement, au moins pour la race allemande, l'assertion émise par Meyer, que dans la station droite les épines iliaques antérieures et supérieures et les tubercules du pubis, se trouvent dans un plan vertical.

L'inclinaison par rapport à l'horizon de l'axe des vertèbres lombaires mesure en moyenne dans la station droite 10 à 12°; l'angle que forment cet axe et le diamètre conjugué externe (plan d'inclinaison du bassin) est de 148°.

Tout écart de la position dite normale (station debout, pieds contigus par leur bord interne) entraîne de notables divergences dans le degré d'inclinaison du bassin.

Dans la position de maximum d'écartement des jambes avec rotation en dehors, l'inclinaison du bassin augmente en moyenne de 18° 1/2 chez l'homme, de 16° 1/2 chez la femme. Le maximum d'écartement des jambes est moins fort en moyenne chez la femme que chez l'homme.

Les modifications du poids supporté par la colonne vertébrale influent sur l'inclinaison du bassin. Ainsi la grossesse augmente de 8 à 10° l'inclinaison du bassin.

L'âge est sans influence; il n'en est pas de même de la constitution.

La faiblesse de constitution entraîne une légère augmentation de l'inclinaison pelvienne. H. DE BRINON.

**Ueber Anwendung von Extraktionsinstrumenten in der Seitenlage der Kreissenden (De l'application des instruments d'extraction dans le décubitus latéral)**, par **WINKEL** (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 2, 1883).

Pour préconiser le décubitus latéral, l'auteur s'appuie sur 26 ans de pratique personnelle dans un pays (Gummersbach), où la plupart des rétrécissements occupent le détroit supérieur, où les applications de forceps sur la tête peu élevée sont l'exception. C'est par centaines qu'il compte les cas de rétrécissement dans lesquels son grand forceps, appliqué sur la tête élevée, était enfoncé dans le vagin jusqu'à l'articulation et dans lesquels après des efforts de plusieurs heures il a réussi à extraire des enfants le plus souvent vivants, avec ou sans impression crânienne et sans perdre une seule mère.

Les avantages du décubitus latéral sont : 1° de ménager à la femme la vue des instruments et des mains souillées de sang de l'opérateur (L'auteur n'emploie presque jamais le chloroforme, par suite de l'absence d'aide);

2° De faciliter l'introduction des instruments, l'opérateur n'étant pas gêné par les couvertures et les matelas. Chez les ostéomalaciques en particulier, il est presque impossible d'opérer entre les jambes, en raison du peu d'écartement des genoux;

3° Le principal avantage consiste en ce que l'opérateur ne sera jamais tenté de passer d'une position à la suivante, avant d'avoir triomphé de l'obstacle; ce qui rend presque impossible le glissement du forceps bien appliqué;

4° On peut développer sans danger une force beaucoup plus grande dans le sens horizontal que dans la direction d'avant en arrière;

5° Les organes génitaux externes sont plus faciles à surveiller, et les déchirures plus faciles à éviter;

6° Enfin le lit d'accouchement n'est presque pas sali, avantage considérable pour la classe pauvre.

La délivrance se fait aussi facilement dans cette position que dans le décubitus dorsal.

Dans les positions obliques, en particulier la seconde position, où l'abdomen du fœtus est en avant, le décubitus latéral est préférable à toute autre position de la femme. Il en est de même pour l'application des instruments sur la tête dernière.

L'auteur décrit en terminant la manière dont il installe la femme dans le décubitus latéral. H. DE BRINON.

**Ueber Geburtsdauer (De la durée de l'accouchement), par R. ZUMPE** (*Archiv für Gynækologie, Band XXI, Heft* 1).

Les différences qui existent entre les chiffres donnés par les auteurs comme durée moyenne de l'accouchement ont pour point de départ l'incertitude du moment précis où finit la grossesse et où commence l'accouchement. C'est à fixer ce moment d'une façon pratique que l'auteur a consacré ses recherches; la seconde clinique d'accouchement de Vienne lui fournissait, à ce point de vue, un vaste matériel d'observations.

On ne peut prendre pour le début de l'accouchement les premières douleurs perçues, car on serait exposé, dans beaucoup de cas, à de grosses erreurs. L'impression produite sur la femme par ces premières douleurs varie considérablement suivant le genre de vie, l'éducation, la constitution, etc., etc.

En se basant sur ce phénomène anamnestique, l'auteur a trouvé comme durée moyenne 16 heures 1/2 sur 1045 accouchements. C'est à peu près la moyenne indiquée par Spiegelberg. Mais il est un signe purement objectif, facile à reconnaître, qui lui paraît plus propre à marquer le début de l'accouchement : c'est l'effacement du col, qu'il ne faut pas confondre avec la dilatation du canal cervical. Celle-ci est le résultat d'un œdème aigu; elle envahit le col dans les huit ou quinze jours précédant l'accouchement et permet l'introduction du doigt dans le col chez les primipares. L'effacement du col, au contraire, est un phénomène actif dû exclusivement aux contractions. Lorsqu'il y a effacement du col, le doigt tombe immédiatement après avoir passé le col sur la poche des eaux; le segment inférieur est si mince, le bord de l'orifice si aigu, que le doigt semble entouré d'un fil. Lorsqu'au contraire il n'y a pas encore eu de contraction, le doigt trouve le canal cervical et peut apprécier sa longueur et sa direction. Si l'on examine fréquemment la femme au début des douleurs, on sent alors le canal diminuer de longueur, le bord de l'orifice devient mince et aigu et la cavité utérocervicale forme un espace ovoïdée.

La dilatation du col d'origine œdémateuse peut se produire à différents moments de la grossesse sous l'influence de causes tendant à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré; mais cet œdème est suscep-

tible de rétrograder, de disparaître complètement, et la grossesse poursuit son cours normal. L'effacement du col, au contraire, est toujours l'indice certain de l'expulsion de l'œuf; cette expulsion demande plus ou moins de temps; mais ce n'est jamais qu'une affaire d'heures ou de jours. L'intervalle entre l'effacement du col et la terminaison de l'accouchement peut être de huit jours et plus, sans qu'il y ait dans cette durée rien de pathologique. Les cas dans lesquels la période de dilatation se produit longtemps d'avance appartiennent pour la plupart à des primipares. La connaissance des limites physiologiques de l'accouchement est d'autant plus importante à notre époque que l'accoucheur est plus disposé à expédier l'accouchement. L'auteur repousse d'une manière générale toute intervention dans l'accouchement normal. Les observations, au nombre de 50, sont consignées dans un tableau. H. DE BRINON.

**Ueber die Entwickelung des nachfolgenden Kopfes (Le développement de la tête dernière), par FRENDENBERG, de Cologne** (*Archiv für Gynækologie, Band XXI, Heft* 1).

L'auteur fait la critique des cinq méthodes usitées pour l'extraction de la tête dernière :

1° La vieille méthode de Smellie;

2° La méthode de Mauriceau modifiée;

3° La méthode de Prague;

4° La méthode de Prague combinée avec l'abaissement du maxillaire inférieur;

5° L'expression seule, ou combinée.

Parmi ces différentes méthodes, celle de Prague réunit les plus grands avantages : facilité d'exécution, application possible à la généralité des cas, succès presque assuré de la manœuvre, garantie pour la vie de l'enfant.

Néamoins les manœuvres avec la main sont loin de réussir dans tous les cas, et comme il importe de ne pas perdre de temps à des manœuvres inutiles, l'enfant ne pouvant vivre plus d'une dizaine de minutes dans cette position, il est utile de posséder une méthode plus sûre et plus rapide. L'auteur ne prétend pas d'ailleurs substituer le forceps aux méthodes manuelles dans tous les cas, mais seulement dans certains cas déterminés.

L'application du forceps sur la tête dernière ne présente aucune difficulté, même lorsque l'étroitesse des parties molles permet à peine l'introduction de la main.

L'emploi du forceps s'étend au plus grand nombre des cas : que la tête soit haute et le menton tourné en avant; que la tête soit maintenue dans le bassin avec défaut de flexion; qu'elle se présente transversalement ou obliquement; le forceps est toujours applicable.

La rapidité d'exécution est un des principaux avantages du forceps.

Dans l'application du forceps à la tête dernière, l'action de cet instrument est strictement limitée à la traction; il n'exerce aucune pression.

Le forceps est le meilleur moyen pour ramener la tête, s'il en est besoin, à la position la plus favorable à l'expulsion.

Enfin l'extraction avec le forceps est toujours assurée.

Le forceps est inutile toutes les fois que l'extraction avec la main peut se faire assez rapidement pour sauver la vie de l'enfant. Il est l'*ultima ratio* pour la vie de l'enfant. Dans les cas de moyenne et d'extrême difficulté au point de vue de la mère, le forceps ne présente pas plus de danger que les manœuvres manuelles, d'après la statistique de Cologne. Cette statistique porte sur une période de 21 ans, du 1er janvier 1862 au 1er décembre 1882; elle comprend 7,805 accouchements.

Sur ce nombre, on compte 292 présentations pelviennes se partageant ainsi :

*a*) Cas dans lesquels il y a eu intervention, 147;

*b*) Cas dans lesquels il n'y a eu d'autre intervention que l'emploi de la manœuvre de Prague, 145.

Dans le dernier groupe, il n'y a eu, du côté des mères, aucun décès de femme, ni aucune affection grave. Les enfants ont tous été retirés vivants, sauf trois qui étaient déjà décomposés.

Dans le premier groupe, une seule femme a succombé; il s'agissait d'un accouchement prématuré artificiel. 136 enfants sont venus vivants, 11 mourants, 7 en état de décomposition.

Il y a indication d'appliquer le forceps sur la tête derrière :

1° Lorsque la face est tournée en avant et le menton appuyé sur le pubis;

2° Lorsque la face regardant en arrière ou de côté, la flexion ne se fait pas et que le sommet est immobilisé;

3° Enfin dans tous les cas où il faut agir promptement.

Après les tentatives manuelles, le forceps est indiqué :

1° Lorsque ces tentatives ont échoué, ou ne marchent pas assez vite pour sauvegarder la vie de l'enfant;

2° En cas d'étroitesse de la vulve et du vagin, ou lorsque les parties molles ne sont pas dilatables;

3° Lorsque la tête se trouve dans le bassin, en rotation latérale;

4° Lorsque la vie de la mère est en danger par le fait de métrorragie, d'éclampsie, etc.

Les contre-indications sont :

1° La constriction tétanique du cou de l'enfant par le col utérin;

2° L'existence d'un rétrécissement très prononcé;

3° Le volume exagéré de la tête. H. DE BRINON.

**Case of pregnancy with retroversion of uterus, causing retention of urine; fatal result (Rétroversion de l'utérus gravide), par SPANTON** (*The Lancet*, 21 *octobre* 1882).

Une femme de 30 ans vint se présenter à l'hôpital pour une tumeur de l'abdomen. Depuis quatre mois les règles n'avaient pas paru, et, depuis *quinze jours*, la malade n'avait pas uriné. Une tuméfaction mate et régulière occupait la région hypogastrique et remontait plus haut que l'ombilic; les lèvres étaient sèches et l'état général très affaibli. Le cathétérisme fut aussitôt pratiqué et amena l'évacuation de *cinq litres* d'urine. Le lendemain l'opération fut renouvelée, et, cette fois, donna issue à plus de *deux litres* d'une *urine fortement chargée de sang liquide et en caillots;* il s'ensuivit une grande faiblesse avec menace de syncope, qu'il fallut combattre énergique-

ment par des stimulants. — A l'examen du pelvis on trouva un utérus de quatre mois environ, en rétroversion complète, remplissant tout le petit bassin et pressant fortement sur le rectum et sur le col de la vessie. Le jour suivant on tenta la réduction et, après un nouveau cathétérisme qui donna encore deux litres d'urine sanglante, l'auteur introduisit la main entière dans le rectum et parvint, au moyen d'une pression continue et prolongée, à faire basculer le fond de l'utérus; celui-ci, une fois rétabli dans sa position normale, ne manifesta aucune tendance à se développer de nouveau. La malade parut d'abord soulagée, mais s'affaiblit graduellement et succomba au bout de 36 heures; on ne put faire l'autopsie.

L'évacuation de cinq litres d'urine *en une seule fois* a probablement déterminé la rupture de quelque vaisseau dans la vessie brusquement décomprimée, comme le prouve l'apparition du sang en abondance dans l'urine, et cette hémorragie vésicale paraît avoir contribué à jeter la malade dans le collapsus. H. BARTH.

**De la délivrance par tractions et par expression, par RIBEMONT** (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1883).

Les premiers chapitres sont consacrés à l'historique et à l'étude ethnographique de la délivrance. Avant la discussion des deux modes de délivrance par traction ou par expression, l'auteur s'est proposé d'élucider le mécanisme de la délivrance se produisant spontanément, sans intervention.

Depuis Baudelocque, de nombreux auteurs se sont demandés comment s'effectuait le décollement du placenta, s'il se faisait par l'un de ses bords ou par sa partie centrale, comment après s'être décollé, il se présentait au col de l'utérus. Pour l'auteur, le décollement du placenta se ferait de la périphérie au centre, mais assez rapidement pour qu'on puisse admettre que le décollement du placenta se produisait sur toute sa surface dans le même moment. Ainsi détaché, le placenta se retourne sur lui-même à la façon d'un doigt de gant. Aussi trouve-t-on presque toujours la surface fatale au niveau du col; les chiffres suivants en sont la preuve.

| | 1re statistique. | 2e statistique. |
|---|---|---|
| Le placenta s'est présenté par la face fœtale..... | 51 fois | 12 fois. |
| — par son bord fœtal..... | 7 — | 4 — |
| — par la face utérine..... | 2 — | 1 — |
| | 60 fois | 17 fois. |

Le passage du placenta à travers le col ne tarderait pas à s'effectuer après son décollement, tandis que son passage à travers le vagin pourrait être très prolongé. Ces particularités montrent qu'il n'y a aucun intérêt à tarder de faire la délivrance dès que le placenta est dans le vagin. Quoi qu'il en soit, quelque méthode de délivrance à laquelle on ait recours, malgré les opinions divergentes sur ce point, on ne doit cependant jamais faire la délivrance sans s'être assuré au préalable le décollement de l'arrière-faix. Ce principe est loin d'être admis par quelques accoucheurs qui préfèrent l'expression utérine à la délivrance par traction.

Après avoir décrit les précautions qu'il faut prendre lorsqu'on pratique la délivrance par tractions, l'auteur discute les inconvénients de cette opération : l'excès de volume avec la dégénérescence du placenta, la rup-

ture du cordon, les hémorragies immédiates, la rétention d'un cotylédon placentaire ou des membranes, l'inversion utérine.

L'expression utérine appelée opération de Credé, attribuée à tort à Rob. Vallace Johnson avait été en réalité nettement décrite par Busch et par Mac-Clintock. Crédé ne contribua pas moins à répandre, à vulgariser, à mieux étudier cette manœuvre. Crédé et ses élèves eurent cependant le tort grave de considérer comme l'un des avantages de la nouvelle méthode de permettre la terminaison rapide de la délivrance. En Allemagne Dohrn et de nombreux accoucheurs protestèrent contre la hâte que l'on considère comme une des règles de la délivrance par expression. Le tableau suivant de Dohrn, montre les différences des résultats suivant que l'expression est faite rapidement ou lentement.

| Nature des accidents. | Expression faite de 1 à 5 minutes. | Expression faite de 10 à 15 minutes. |
|---|---|---|
| Hémorragies | 14 0/0 | 4 0/0 |
| Déchirures et réduction des membranes | 8 | 1 |
| Lochies putrides | 18 | 2 |
| Fièvre avec lochies fétides | 12 | 3 |

On a encore mis sur le compte de la délivrance par expression la rétention de cotylédons placentaires et même l'inversion utérine. Cette manœuvre est surtout douloureuse et cette dernière raison doit, à moins d'indications spéciales, lui faire préférer la délivrance par traction.

La conclusion de M. Ribemont est la suivante : pour lui, la délivrance par traction est la règle, la délivrance par expression est l'exception. Mieux vaut tendre et tirer doucement le cordon qu'exposer l'utérus et le placenta à des pressions qui, mal conduites, ne sont pas sans danger. Mieux vaut l'expression que l'introduction de la main dans l'utérus.

L'adhérence pathologique du placenta, le reserrement de l'orifice du col, l'enchatonnement, et même une hémorragie grave due à l'inertie utérine réclameront en tous cas la délivrance artificielle.

La gracilité du cordon et surtout sa rupture indiqueront la délivrance par expression.

Enfin, pour être complet, l'auteur termine par quelques courtes considérations sur la délivrance dans le cas de grossesse composée. PORAK.

**Ueber Morbiditätisstatistik der Entbindungsanstalten (Les statistiques des maternités au point de vue de la morbidité), par F. AHLFELD** (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 2, 1882).

La Maternité de Giessen a eu 102 accouchements pendant l'année 1881. Deux ne peuvent entrer en ligne de compte ; l'un parce que la femme est morte immédiatement après l'accouchement, l'autre parce que les renseignements ont été égarés. Sur les 100 autres cas, il y a eu 82 suites de couches normales, 18 fébriles. L'auteur considère comme normales toutes les suites de couches dans lesquelles la température matinale pendant les sept premiers jours inclusivement s'est maintenue au-dessous de 38°. Sur les 18 cas fébriles, 10 n'ont dépassé qu'une seule fois le maximum normal ; 2 ont eu un commencement de mammite pendant les sept premiers jours ; 6 ont eu des manifestations infectieuses, et sur ces 6, 1 est morte. H. DE BRINON.

**Des formes diverses d'épidémies puerpérales, par MAYGRIER** (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1883).

L'auteur a été obligé de consacrer une partie importante de son travail à l'historique des épidémies puerpérales et à l'historique soit de la symptomatologie, soit des lésions anatomiques. Dans une dernière partie, il cherche à établir la classification des formes multiples que revêtent les épidémies puerpérales dans leurs différentes manifestations.

Après avoir décrit les opinions contradictoires exposées dans la célèbre discussion anatomique de 1858, le résultat peu satisfaisant auquel elle aboutit, les nombreux travaux qui la suivirent, l'auteur est amené à donner son opinion sur la conception actuellement admise sur la fièvre puerpérale. En tant que maladie essentielle, elle n'existe pas. Mais il y a des troubles infectieux observés chez les nouvelles accouchées comparables à ceux qui surviennent chez les blessés. Il y a une septicémie puerpérale, mais elle emprunte des caractères particuliers à l'état de la nouvelle accouchée tant au point de vue de son état général, qu'au point de vue local de la plaie utérine et vulvaire, à l'état du milieu où elle est soignée, etc.

Il y a donc des foyers infectieux et la production des épidémies est due à la transmission de l'infection par contagion. Les germes infectieux trouvent presque toujours leur porte d'entrée dans les solutions de continuité produites au niveau des voies génitales. Les autres voies de pénétration des germes dans l'organisme existent du moins très rarement. La nature des germes, leur mode de pullulation dans l'organisme sont aussi l'objet de quelques courtes considérations.

La fièvre puerpérale ainsi admise est susceptible de se manifester sous des formes bien diverses et ce sont ces manifestations qui constituent la dernière et la plus importante partie du travail.

L'auteur admet les formes suivantes : forme légère de lymphangite utérine simple; forme péritonéale, forme pleurétique, forme pulmonaire, forme cardiaque, forme arthritique, forme méningitique, forme gangréneuse, formes éruptives, forme phlébitique, formes complexes, forme de septicémie suraiguë. L'existence des formes complexes vient apporter quelque confusion dans la délimitation précise de ces variétés. La pathogénie, l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique permettront certainement un jour de réunir quelques-unes de ces formes et d'établir des types moins nombreux. Il ne nous est pas possible de suivre l'auteur dans cette étude.

Il consacre un chapitre aux phénomènes critiques survenant dans le cours des épidémies puerpérales et aux épidémies puerpérales chez les nouveau-nés.

Dans un résumé qui termine son travail, l'auteur admet que les formes ne sont pas seulement complexes dans quelques cas, mais qu'elles sont même variables dans le cours d'une même épidémie et que de pareils faits échappent à toute description. Quant au résultat et aux conclusions pratiques, il était assez difficile d'en tirer d'un semblable sujet.

PORAK.

**Des méthodes antiseptiques en obstétrique, par BAR** (*Thèse d'agrégation, Paris,* 1883).

Le premier chapitre de cette thèse établit avec lucidité l'état de la science au sujet de la doctrine de la fièvre puerpérale qui semble actuellement être admise par le plus grand nombre d'accoucheurs. Les accidents infectieux consécutifs aux traumatismes sont unis par la plus étroite analogie avec les accidents infectieux des couches, s'ils ne sont pas identiques. Ils ne reconnaissent qu'une seule cause, ils se produisent par hétérogenèse. De ce que la plaie utérine n'est pas toujours la porte d'entrée du contage, il ne faut pas cependant admettre la production de la fièvre puerpérale par autogenèse ou par endosepsie. Dans ces cas rares et exceptionnels, il s'agit d'une infection interne peut-être par les ingesta, peut-être aussi par l'air. L'auteur se déclare résolument et nettement pour les doctrines nouvelles qui ont été propagées et établies par Pasteur.

Dans l'infection chirurgicale, il y a trois formes cliniques : la septicémie, l'infection putride et l'infection purulente. C'est à ces formes qu'il faut rapporter les formes de l'infection puerpérale et il admet les types proposés par Doléris : la forme pyohémique lente, la forme pyohémique rapide, la septicémie.

Quant aux germes dont l'introduction dans l'organisme est responsable des formes diverses sous lesquelles se présentent les accidents infectieux, ils sont sans doute multiples, peut-être ils se transforment les uns et les autres suivant leur âge, le milieu où ils se développent. Deux espèces sont reconnues, le microbe pyogénique à la fois aérobie et anaérobie, le bacille septique anaérobie, d'autres microbes septiques moins bien déterminés. On retrouve dans les accidents infectieux des couches des schyzomycètes sinon analogues, du moins semblables quant à leurs caractères morphologiques. Et encore sur ce point les opinions de Doléris sont admises. A la pyohémie lente correspond le micrococcus en points : diplococcus, monococcus en groupes et en chaînettes; à la pyohémie rapide correspond le microbe en longs chapelets de grains (microbe de Pasteur) ; à la septicémie à marche rapide et fatale le bacille septique que nous avons cité plus haut.

Mais ces microbes se retrouvent parmi ceux qu'on trouve comme agents de la putréfaction des matières organiques mortes. Ce sont les microbes virulents se développant, il est vrai, avec des microbes inoffensifs. Ils peuvent se développer sur le vivant d'où l'analogie de la putréfaction comme fermentation de la purulence et de la putridité comme causes de la pyohémie et de la septicémie. La putréfaction, voilà donc ce qu'il faut éviter à tout prix dans la thérapeutique des couches. Certes on peut atteindre ce résultat lorsque la porte d'entrée se trouve dans les organes génitaux externes malgré la difficulté qu'offrent la profondeur et l'anfractuosité des plaies; mais cela sera plus difficile lorsqu'il s'agira d'une infection interne.

Les moyens employés pour détruire les germes septiques se trouvent dans l'emploi de substances dites antiseptiques, dans une hygiène basée sur l'antisepsie. Si cette base est admise, elle constitue un point de dé-

part solide à toutes les considérations développées dans les autres chapitres de la thèse de M. Bar. En tout cas, le premier chapitre de son travail est un exposé lucide, logique, dont les différentes conclusions sont nettement et rigoureusement établies.

L'étude des antiseptiques fait l'objet du deuxième chapitre. De nombreux travaux ont été publiés sur la nature, l'emploi, l'efficacité des antiseptiques. L'énumération des antiseptiques qui pourraient être employés en obstétrique, est loin d'être complète. Les trop courtes considérations consacrées à quelques-uns d'entre eux ne donnent pas non plus l'état de la science, ni la discussion approfondie de leurs avantages et de leurs inconvénients. Des conclusions nettes et satisfaisantes ne se dégagent donc pas de ce chapitre.

L'emploi des antiseptiques n'est cependant que l'une des exigences de la méthode antiseptique ; ils sont employés pour détruire les germes. On peut encore et on doit éviter toute cause qui peut faciliter leur transport vers les nouvelles accouchées, de là des règles nombreuses et rigoureuses qui constituent l'hygiène des maternités. Dans beaucoup d'hôpitaux ces règles ont été scrupuleusement employées, et le résultat remarquable qui en a été la conséquence est venu démontrer leur excellence. M. Bar en a fourni des preuves irréfragables dans l'exposé des statistiques et il a imaginé des tableaux schématiques de la mortalité des nouvelles accouchées à la maternité de Paris, de Prague, de Copenhague qui font voir d'un seul coup d'œil les merveilleux succès qui ont été obtenus ainsi.

Ces moyens font l'objet des chapitres suivants : 1° de la désinfection des locaux, des objets mobiliers, mesures antiseptiques qui doivent être prises pour la désinfection du personnel médical et auxiliaire ; 2° de l'antisepsie pendant la grossesse ; 3° de l'antisepsie pendant le travail naturel ou artificiel ; 4° de l'antisepsie pendant les suites de couches normales et pathologiques. Les règles sont déduites logiquement des principes avancés par l'auteur ; on ne saurait être trop méticuleux dans les précautions que l'on doit observer. Aussi l'auteur a-t-il eu soin d'envisager les différents cas qui peuvent se présenter dans la pratique obstétricale courante et d'indiquer les moyens qu'il faudra employer pour se mettre à l'abri autant que possible des accidents ; mais à côté de cette pratique courante, il ne faut pas négliger les cas plus rares où il s'agit du cathétérisme vésical et du traitement de la cystite, de la rupture utérine ou de l'opération césarienne. Les résultats sont incontestablement meilleurs depuis qu'on suit les prescriptions de la méthode antiseptique. De nombreux travaux ont été faits sur ces questions et on en trouvera l'exposé dans les derniers chapitres de cette thèse. L'auteur consacre encore un chapitre à la méthode antiseptique appliquée au pansement du cordon ombilical et au traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

PORAK.

**I. — Iodoform im Wochenbett (L'iodoforme chez les accouchées), par J. MANN (de Budapesth)** (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 7, 1882).

**II. — Ueber Iodoformgebrauch im Wochenbett (De l'emploi de l'iodoforme chez les accouchées), par G. BAYER (de Stuttgard)** (*Ibidem*, n° 10, 1882).

I. — L'iodoforme est employé à la clinique de Budapesth depuis le

mois d'octobre 1881. On l'applique en poudre, après l'avoir débarrassé de son odeur avec la fève de Tonka. Les plaies sont lavées avec une solution phéniquée à 2 0/0, séchées avec l'ouate phéniquée, saupoudrées d'iodoforme et recouvertes d'ouate iodoformée. 38 cas ont été ainsi traités; 24 plaies récentes; dont 3 seulement ont présenté une élévation de température passagère (38° 38°,3); 14 ulcérations. Ces ulcérations ont constamment perdu au bout de 1 à 6 jours leur exsudat de mauvais aspect. Dans tous les cas l'iodoforme s'est montré un antiseptique puissant, ne provoquant ni irritation, ni douleur, ni inconvénient par son odeur. 18 cas d'ulcérations du mamelon ont été aussi traités par l'iodoforme, et la guérison a été plus rapide qu'avec les compresses phéniquées: 10 à 12 heures pour les excoriations superficielles, 1 jour et demi à 5 jours pour les petites fissures; 3 à 12 jours pour les ulcérations profondes.

II. — Le pansement à l'iodoforme a été appliqué à l'hôpital de Stuttgard sur 43 accouchées atteintes de plaies vaginales. Les plaies étaient lavées avec une solution très légère de permanganate de potasse, puis saupoudrées d'iodoforme. On n'a constaté ni diminution de la morbidité, ni diminution de la tuméfaction vulvaire (11 fois sur 43 cas), ni formation plus rapide des granulations. On emploie depuis longtemps à Stuttgard le pansement avec l'acide salicylique pulvérisé (1 pour 5 d'amidon); les résultats sont aussi bons qu'avec l'iodoforme; il n'y a pas de danger d'intoxication, comme Schede en a observé à Hambourg et le prix est moins élevé. L'iodoforme ne présente qu'un seul avantage, le pansement n'est pas douloureux comme le pansement avec l'acide salicylique. Les résultats obtenus par J. Mann (Voyez ci-dessus) ne paraissent pas devoir être exclusivement attribués à l'iodoforme; ils sont en partie dus à l'acide phénique, car avant d'appliquer l'iodoforme, on lavait la plaie avec une solution phéniquée à 2 0/0, et la plaie était recouverte d'ouate phéniquée. H. DE BRINON.

**Des ruptures de l'utérus pendant la grossesse et de leurs rapports avec l'avortement criminel, par Henri COUTAGNE** (*Lyon médical*, 1882).

L'auteur a réuni 29 observations de rupture de l'utérus pendant la grossesse; il les range en quatre classes :

1° Ruptures dans les grossesses à siège anormal : utérus bifide, grossesse interstitielle;

2° Ruptures de l'utérus atteint d'une affection néoplasique : cancer, tubercule;

3° Ruptures de causes précisées peu rigoureusement, survenues dans les derniers mois de la grossesse;

4° Ruptures de causes précisées peu rigoureusemeut, survenues dans les premiers mois de la grossesse.

Les altérations de l'utérus, telles que l'amincissement extrême du tissu comme dans le cas d'utérus bifide ou de grossesse dite interstitielle, des cicatrices comme dans le cas de ruptures successives de l'utérus ou de rupture survenant chez des femmes ayant subi antérieurement l'opération césarienne, des altérations néoplasiques et inflammatoires jouent un rôle important dans la pathogénie de ces lésions. L'altération du tissu utérin explique l'âge et la multiparité des personnes atteintes de rupture utérine

pendant la grossesse. Dans aucune des observations recueillies par l'auteur, l'âge des malades n'était inférieur à 26 ans, il était le plus souvent supérieur à 30 ans. Toujours les malades étaient des multipares et en général le nombre de leurs accouchements était supérieur à 3 et s'élevait dans un cas jusqu'à 5 accouchements et plusieurs avortements. Le rôle du traumatisme accidentel est des plus obscurs. Il n'en est pas de même du traumatisme dans le cas de tentatives d'avortement, dont il existe plusieurs observations. Dans quatre cas, l'ergot de seigle donné dans les derniers mois de la grossesse, pour provoquer l'avortement, aurait favorisé la rupture de l'utérus.

A propos du traitement, l'auteur est partisan de la laparotomie, pratiquée le plus tôt possible après l'accident.

Le dernier point sur lequel insiste M. Coutagne se rapporte aux considérations médico-légales se rattachant à son sujet.

La rupture de l'utérus gravide a presque toujours été méconnue. Le début brusque de l'accident des symptômes graves de péritonite, l'absence d'hémorragie externe, la rapidité de la mort font ordinairement supposer l'existence d'un empoisonnement. L'autopsie permet d'ailleurs de reconnaître nettement la rupture utérine. Mais, alors, se présente la grande difficulté de savoir si elle est de nature criminelle. Le plus souvent, il est très difficile de l'établir avec toutes les garanties qu'on est en droit de demander à un expert. L'auteur insiste sur les signes suivants :

Dans la rupture spontanée, l'âge est relativement avancé (25 ans au minimum), il y a eu des grossesses antérieures normales ou anormales, absence d'hémorragie externe et symptômes de travail, mort relativement rapide avec hémorragie interne et à l'autopsie pas d'inflammation utérine aiguë. Dans la rupture utérine par manœuvres criminelles, il n'y a pas de données à tirer de l'âge ni des grossesses antérieures, phénomènes abortifs plus ou moins marqués, mort par métropéritonite. PORAK.

**Extraperitoneale Ruptur des Corpus uteri. Heilung, par MAURER** (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 51, 1882).

Une paysanne a accouché cinq fois en six années ; la première fois, elle a mis au monde deux jumeaux ; la quatrième fois, elle a eu une hémorragie très abondante. Le cinquième accouchement s'effectue, le 1er novembre 1879, d'une façon très rapide, sans accident. Mais la parturiente se lève au bout de peu de jours et les métrorragies commencent, exaspérées par les efforts que nécessite l'accomplissement de quelques rudes travaux. Aussi l'écoulement de sang persiste-t-il jusqu'aux premiers jours de janvier, malgré les injections sous-cutanées d'ergotine ; après une interruption de huit jours, il reprend une nouvelle intensité.

L'auteur voit la malade le 19 janvier 1880 ; elle est dans un état d'anémie grave. Le confrère qui l'a traitée ayant introduit la veille, dans le col de l'utérus, une éponge préparée, l'exploration de la cavité utérine est facile. On constate qu'elle ne contient ni débris placentaires, ni polype, ni néoplasie de la muqueuse. Mais, à un demi-centimètre au-dessous de l'orifice de la trompe droite, le doigt rencontre une déchirure longitudinale atteignant presque l'orifice extérieur. En traversant cette fente, qui n'est oblitérée que par un caillot sanguin, on pénètre dans une cavité de la grandeur d'un œuf de poule, remplie de caillots et dont la paroi semble constituée par le péritoine.

Il s'agit certainement là d'une rupture de la paroi utérine sans déchirure du péritoine; le sang, emprisonné, a décollé la séreuse sur une certaine étendue, et son accumulation dans la poche ainsi formée a été favorisée par les contractions de l'organe.

L'auteur parvient à vider la poche, exige le repos absolu, fait appliquer de la glace sur l'abdomen, et ne prescrit l'ergotine qu'après s'être assuré de l'oblitération du diverticule sous-péritonéal.

Le 25 janvier, écoulement de pus. Injections phéniquées. Le sang n'a pas reparu.

Le 11 février, menstrues presque normales. Nouvelle grossesse suivie d'accouchement régulier en 1882. L. GALLIARD.

**Plötzlicher Tod während Entbindung (Ruptura Aortae); Extraktion nach eingetretenem Tode, eines lebendigen Kindes (Mort subite pendant l'accouchement par suite de rupture de l'aorte : extraction d'un enfant vivant), par G. HENRICIUS, de Helsingfors** (*Centralblatt für Gynækologie, n° 1, 1883*).

Une femme de 38 ans, multipare, est reçue le 24 février 1882, à la clinique obstétricale d'Helsingsfors. L'enfant se présentait par le sommet, 1re position : les douleurs étaient régulières : trois quarts d'heure environ après son entrée, cette femme présente une violente contraction de la mâchoire inférieure et des extrémités; elle tombe aussitôt après dans le collapsus et la respiration s'arrête. L'auteur, immédiatement appelé, trouve la femme morte, applique le forceps et retire l'enfant par une seule traction; 5 minutes environ s'étaient écoulées depuis que la mère avait cessé de respirer. L'enfant dont les respirations étaient très faibles et les pulsations très lentes, revient au bout de 40 minutes sous l'influence des moyens employés. Il est encore vivant. A l'autopsie, on trouve sur la paroi de l'aorte ascendante à 1 centimètre 1/2 au-dessus des valvules une déchirure qui occupe toute la circonférence, sauf environ 1 centimètre. Cette déchirure dont les bords sont nets, intéresse la tunique interne et la tunique moyenne. Le sang s'est épanché au-dessus et au-dessous entre la tunique moyenne et l'adventice et a décollé ces deux membranes; puis il a déchiré cette dernière membrane et le feuillet viscéral du péricarde. On ne trouve d'ailleurs, en examinant le système vasculaire, qu'une diminution d'épaisseur de la paroi de l'aorte au voisinage de la rupture et une petite tache de sclérose sur l'aorte ascendante un peu au-dessus de la rupture. Examinée au microscope, la paroi de l'aorte présente au voisinage de la rupture, dans la tunique moyenne, de petites plaques, les unes, homogènes, les autres grenues; ces plaques se laissent moins bien colorer, et, dans les préparations non colorées elles se distinguent par un aspect plus brillant. H. DE BRINON.

**Therapie der Blutungen im Nachgeburtstadium nach Placenta prævia (Traitement des hémorragies de la délivrance dans les cas de placenta prævia), par KLOTZ** (*Wien. med. Woch., n° 52, 1882*).

Le meilleur traitement des hémorragies dans les cas de placenta prævia consiste dans la compression digitale et manuelle. Voici deux observations qui le prouvent :

1° L'auteur est appelé par un confrère auprès d'une paysanne de 34 ans, qui a avorté deux fois à 3 mois et qui, dès le huitième mois de la grossesse actuelle, a perdu du sang d'une façon presque constante. Elle est parvenue cependant au neuvième mois.

L'auteur apprend que l'écoulement des eaux s'est effectué depuis six heures et a déterminé l'arrêt partiel de la métrorragie, la parturiente est épuisée. — Il s'agit d'une présentation de l'épaule, dorso-antérieure, avec placenta prævia latéral. Le col de l'utérus n'admet que trois doigts, mais il est dilatable et l'accoucheur peut pratiquer la version ; il retire un fœtus mort. Pendant l'opération qui dure une demi-heure, il s'écoule peu de sang.

Immédiatement après la délivrance, malgré la rétraction partielle de l'utérus l'auteur voit l'hémorragie recommencer avec violence, et résister aux procédés vulgaires : frictions, compression de la paroi abdominale, irrigations froides. Comme le pouls cesse de battre et que la mort semble imminente, l'auteur n'hésite pas à introduire la main droite dans le vagin et à saisir le col entre les doigts pour le comprimer en refoulant l'organe vers le sacrum, tandis que la main gauche appliquée sur le fond de l'utérus favorise l'antéflexion artificielle.

Cette manœuvre prolongée pendant 25 minutes, fait cesser l'hémorragie, mais au bout de huit heures l'accouchée succombe.

2° Le second cas est plus favorable. Une femme de 32 ans, grosse pour la troisième fois, perdant du sang, depuis le septième mois, accouche au milieu du huitième. L'auteur arrive auprès d'elle dix heures après les premières douleurs ; elle perd du sang, mais l'écoulement des eaux n'a pas eu lieu. Elle est dans un état d'anémie grave. Le médecin constate la présentation du sommet, avec placenta prævia central ; l'orifice très étroit se laisse bientôt dilater. Rupture de la poche, version, extraction du fœtus en état d'asphyxie.

Après la délivrance, hémorragie abondante nécessitant la compression manuelle pendant trois quarts d'heure. Guérison de la mère et de l'enfant.

L. GALLIARD.

**Ueber vorzeitigen intrauterinen Fruchttod durch Strangulation eines Zwillings-Fötus durch seinen eigenen Nabelstrang, sowie Retention der von ihrer funiculären Befestigung an der Placenta abgelösten todtfaulen Frucht bis zur Geburt des lebenden, reifen Zwillings (Grossesse gémellaire; mort prématurée de l'un des jumeaux dans l'utérus par strangulation avec son propre cordon; accouchement à terme de l'autre jumeau vivant), par E. FRÆNKEL** (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 3, 1883).

Femme de 33 ans, à son quatrième accouchement : grossesse normale, sauf une série de syncopes survenues sans cause au cinquième mois. Accouchement à terme d'une fille, du poids de 4,250 grammes : expulsion immédiatement après, et sans qu'il y ait eu apparence d'une seconde poche des eaux ni écoulement de liquide, d'une masse brunâtre de la grosseur d'un poing d'adulte. Cette masse est constituée par un fœtus du sexe féminin, macéré, ratatiné, et aplati par compression. Le cordon de ce fœtus est enroulé cinq fois autour du cou, et se termine à son extrémité placentaire par un bout mince et arrondi. Des anses intestinales nombreuses font saillie par une ouverture de la paroi abdominale correspondant à la ligne blanche. Après l'ablation du cordon, le cou présente des sillons profonds ; la peau forme un bourrelet assez épais à la limite supérieure et inférieure des sillons. Le placenta gros et épais est simple et a pénétré dans la cavité du péricarde. Le chorion, la caduque et l'amnios sont également simples. Le cordon assez long et mince du fœtus vivant s'insère au centre de la face fœtale de ce placenta ; on ne trouve pas trace de l'insertion de l'autre cordon. L'examen de la cavité utérine exclut toute idée de la présence d'un second placenta.

Il n'est pas douteux pour l'auteur que le premier fœtus a succombé par strangulation; la mort a été déterminée par la compression des tours du cordon sur les gros vaisseaux et les nerfs de la région cervicale. Le cordon du fœtus mort s'est détaché quelque temps après sa mort de son insertion placentaire par le fait d'une torsion lente et progressive. (*R. S. M.*, XXVIII, p. 579). H. DE BRINON.

**I. — Fall von Extrauterinschwangerschaft mit Ausgang in Lithopædionbildung, par LÖHLEIN** (*Berlin. klin. Woch., p.* 733, 20 *décembre* 1880).

**II. — Laparotomie wegen Extrauteringravidität, par ZWEIFEL** (*Ibid.*, 13 *juin* 1881).

**III. — Fall von Extrauterinschwangerschaft, par GUSSEROW** (*Ibid.*, 29 *août* 1881).

**IV. — Ueber Extrauterinschwangerschaft, par A. MARTIN** (*Ibid.*, 19 *decembre* 1881).

**V. — Graviditas tubaria sinistra, par HOLZ** (*Ibid.*, 29 *janvier* 1883).

**VI. — A case of extrauterine pregnancy, par HEARD** (*New-York med. journ., mai* 1882).

**VII. — The diagnoscis of advaned extrauterine gestation after the death of the fœtus, par A.-H. BARBOUR** (*Edinb. med. journ., p.* 220, *septembre* 1882).

**VIII. — Case of extrauterine pregnancy, par THATCHER** (*Ibid., octobre* 1882).

**IX. — Grossesse extra-utérine datant de sept ans, issue du squelette fœtal par le rectum, par H. DE BRUN DU BOISNOIR** (*Soc. anat.*, 27 *octobre* 1882).

**X. — Ein Fall von Tubenschwangerschaft, par W. DŒNITZ** (*Berlin. klin. Woch.*, 18 *juin* 1883).

**XI. — Nachträgliche Exstirpation eines tubaren Fruchtsackes, anderthal Jahre... (Ablation tardive du sac fœtal d'une grossesse tubaire un an et demi après l'extraction d'un fœtus de huit mois et de ses annexes), par C. LITZMANN** (*Arch. f. Gynæk., Band XIX, Heft* 1).

I. — Femme de 38 ans; premier accouchement il y a 16 ans; un an plus tard, avortement à 3 mois non soigné. A partir d'octobre 1876, nouvelle grossesse qui, jusqu'au bout, s'accompagne de douleurs abdominales, d'accès de dyspnée et d'œdème des pieds. Le 14 juillet 1877, début du travail; les douleurs, qui se succèdent rapidement, prennent bientôt le caractère de crampes. Dans la nuit du 15 au 16, Löhlein trouve le fœtus en position transverse, sa tête reposant sur la fosse iliaque gauche; les mouvements fœtaux et les bruits cardiaques sont énergiques. Col dilaté inférieurement en entonnoir, orifice interne non franchissable. Cul-de-sac vaginal postérieur déprimé par une tumeur rénitente, de la grosseur du poing, qui ne se continue pas directement avec le fœtus. Le 16, au matin, cessation des mouvements fœtaux, ainsi que des bruits cardiaques. L'hystéromètre pénètre de 10 centimètres. Le 23, issue d'un lambeau triangulaire de caduque. Turgescence et sécrétion des seins pendant quelques jours. Retour des règles au bout de 8 semaines; elles durèrent d'abord 14 et maintenant 4 jours, revenant régulièrement toutes les 3 semaines. Santé parfaite. Le ventre n'a que 88 centimètres de pourtour; il est modérément distendu par une tumeur dure, réniforme, dont le hile est dirigé vers le nombril; l'extrémité gauche, arrondie, est plus élevée dans l'abdomen, tandis que, par le cul-de-sac vaginal antérieur, on perçoit l'autre extrémité qui présente une série de proéminences (apophyses épineuses).

L'auteur base son diagnostic de transformation en lithopédion sur le rata-

tinement de condensation, uniforme et continu, du kyste fœtal qu'il peut suivre au compas depuis 2 ans et 9 mois.

II. — Femme de 39 ans; 7 accouchements normaux. En juillet 1879, dernières règles; en août, vives douleurs abdominales et vomissements; en novembre, Zweifel diagnostique une grossesse, peut-être extra-utérine. La femme a eu des accidents répétés de péritonite; sécrétion de colostrum; vagin lie de vin. En février 1880, retour des douleurs abdominales, développement du ventre qui s'affaisse à la suite d'une diarrhée. A la fin de février, perte de sang par le vagin et expulsion de lambeaux membraneux, au milieu de vives douleurs; en même temps, gonflement, sensibilité et sécrétion laiteuse des seins. La femme n'a jamais perçu de mouvements fœtaux.

Le 1er avril 1880, entrée à la clinique d'Erlangen; la malade a de la fièvre, du trismus et vomit tout ce qu'elle prend. Diagnostic de grossesse abdominale. Le kyste fœtal est à gauche de la ligne blanche. Emphysème cutané au-dessus de la symphyse. Laparatomie d'urgence. Incision pratiquée sur le milieu du kyste, à 6 centimètres en dehors de la ligne médiane et parallèlement à elle. Après les précautions indispensables pour éviter un épanchement abdominal, ouverture du kyste qui donne issue à des gaz et à un liquide fétide. Lavage phéniqué des parois du sac que Zweifel ouvre plus largement en suturant les lèvres aux parois ventrales. Extraction d'un fœtus non à terme, en putréfaction avancée. Nettoiement soigneux du sac. On aperçoit encore un fragment putréfié du cordon; pas trace de l'insertion placentaire. Plaie abdominale laissée béante. Guérison rapide.

III. — Primipare presque au terme de la grossesse, au moment où son fœtus meurt. Bientôt collapsus. Laparatomie, extraction d'un enfant macéré. Vu l'impossibilité de dégager le kyste, Gusserow en suture les liens sur la plaie abdomidale, après une hémostase très pénible. Mort le 3e jour de péritonite septique. L'œuf s'était développé entre les feuillets du ligament large gauche; sa surface extérieure, lisse, n'adhérait que par places aux anses intestinales. Parois de kyste extrêmement épaisses, avec grands lacs sanguins, de sorte que toute l'étendue du sac semblait servir d'implantation au placenta. Du reste, pendant la vie, le souffle placentaire était perceptible dans toute l'étendue du kyste.

IV. — L'étiologie et le diagnostic des grossesses extra-utérines n'ont pas progressé de pair avec la technique opératoire, ce qui entrave les succès de celle-ci. Sur les 7 cas de grossesse extra-utérine, pour lesquels Martin a des renseignement détaillés, 2 femmes seulement avaient eu quelques phénomènes inflammatoires à la suite de couches; 3 de ces grossesses étaient tubaires; 1 ovarienne; 1 abdominale. Pour les 2 autres, le siège est resté inconnu, soit qu'on n'ait pas eu lieu d'examiner la cavité abdomidale, soit à cause de la présence d'adhérences universelles. Chez 4, l'œuf extra-utérin était placé à gauche; chez 1 à droite; chez les 2 dernières, la place n'a pu être déterminée, soit qu'il n'y ait eu ni opération ni autopsie, soit qu'il y eut tranformation en lithopédion, comme c'était le cas chez la malade de Martin, dont l'observation est rapportée *R. S. M.*, XIII, 592 et XIX, 176.

Les règles n'étaient supprimées que chez 2 femmes; 2 autres les avaient aussi normales que si elles n'avaient pas été enceintes. Comme terminaisons, il y a eu formation de lithopédions, sûrement chez une et vraisemblablement chez une autre; 2 fois il y a eu rupture mortelle; 2 fois, fente de kyste avec écoulement de son contenu; enfin 1 fois extraction d'un enfant vivant par laparatomie. Les 3 tubaires comptent parmi les guérisons, soit spontanées, soit opératoires. Dans deux cas de grossesses

tubaires, qui ont été opérées, le diagnostic n'avait pas été fait; pour 3 autres femmes, le diagnostic de grossesse extra-utérine n'était encore que probable au moment où la mort est survenue. En résumé, le diagnostic n'a pu être établi d'une façon certaine que chez 2, grâce aux manifestations vitales du fœtus ou à la possibilité de reconnaître les parties fœtales. Martin formule comme suit le traitement chirurgical des grossesses extra-utérines :

Quelle qu'en soit la forme, s'abstenir d'intervention tant que la santé de la mère n'est pas troublée.

Pour la tubaire, laparatomie quand la grossesse est arrivée à terme. Si, antérieurement, il survient des troubles généraux, essayez d'abord le repos, la glace et les antiphlogistiques. Quand l'hémorragie interne ne s'arrête pas ou que la grossesse ayant dépassé le 4e mois, le développement et la consistance du placenta et du fœtus sont trop considérables pour qu'on puisse compter sur leur résorption dans la cavité péritonéale, il semble rationnel d'intervenir. Mais, jusqu'ici, l'expérience ne suffit pas à décider si les résultats opératoires sont supérieurs à l'expectation.

*In extremis*, l'opération est toujours justifiée, vu l'état désespéré de la femme. Toutefois, la malade de Martin père a succombé pendant la laparatomie et Veit n'a pas eu meilleure chance. Aussi Martin est-il d'avis de procéder dorénavant à l'opération dès que les signes de la rupture du kyste sont indubitables.

Lorsque le fœtus est mort, on ne doit pas non plus attendre le long processus d'élimination, mais faire la laparatomie dès que le diagnostic est certain, et pendant que la femme a encore ses forces.

L'intervention chirurgicale est encore plus indiquée dans les autres variétés de grossesse extra-utérine, parce qu'on ne peut espérer qu'en cas de rupture l'hémorragie s'arrête spontanément.

Dès que le diagnostic est établi, on n'attendra, pour faire la laparatomie quand l'enfant est vivant, que le moment où celui-ci pourra vivre indépendant. Si l'enfant a succombé, on n'attendra qu'au cas où l'état de la mère serait déplorable. Sinon, il vaut mieux laparatomiser que d'attendre ou même que d'essayer une simple ponction.

L'opération par le vagin, ne donnant pas un champ opératoire suffisant, doit être réservée à quelques cas spéciaux.

Le procédé opératoire pour les grossesses extra-utérines est généralement formulé de la façon suivante : Après ouverture de l'abdomen, suture du kyste à la paroi abdominale, avant d'ouvrir le kyste ; puis extraction du fœtus et ligature du cordon. Abandon du placenta. Drainage abdominal ou vaginal. Lavages pour favoriser l'élimination du placenta et du kyste fœtal.

Martin considère l'abandon du placenta et du sac dans la cavité abdominale comme ouvrant la porte à de nombreuses complications. Aussi les enlève-t-il toutes les fois que cela est possible. Pour le placenta, il passe au-dessus de son lieu d'implantation des aiguilles qui le divisent en autant de segments qu'il lie séparément avant de pratiquer l'extraction. Pour le sac fœtal, il résèque des parois tout ce que les adhérences intestinales permettent, puis il suture de façon à fermer la communication du kyste avec la cavité péritonéale, en même temps qu'il assure un facile écoulement par le vagin au moyen de drains.

Voici le résumé des observations les plus intéressantes :

Femme de 36 ans, tripare. Souffrante depuis son dernier accouchement qui remonte à 5 ans. Règles depuis longtemps irrégulières avec douleurs du côté gauche de l'hypogastre. Depuis deux ans, son médecin a reconnu, au côté gauche du détroit supérieur, l'existence d'une masse de la grosseur d'une tête d'enfant, très douloureuse, et refoulant l'utérus à droite et en arrière. Écoulement rectal de mucopus. Pas de fièvre, mais douleurs vives qui engagent Martin à faire une incision exploratrice. La tumeur est un kyste tubaire en voie de régression et contenant les os d'un fœtus de 4 mois; le sac adhère au rectum dont la paroi est si amincie qu'elle se perfore quand on l'attire légèrement. Ligature et ablation du sac; suture de la paroi intestinale gangrenée. Mort dans le collapsus au bout de 30 heures.

Femme de 37 ans, bipare; couches toujours bonnes; les dernières il y a 3 ans. En automne 1872, suppression des règles. Vers le nouvel an, elle perçoit passagèrement les mouvements du fœtus. A partir de février 1873, les règles reviennent régulièrement, sans douleurs et normales de quantité. En juin 1873, on sent, au niveau du détroit supérieur, une masse dure remontant juqu'à l'ombilic, plus grosse dans sa moitié droite, dure et arrondie dans sa partie gauche. Au-dessous de cette masse on suit l'utérus, se dirigeant en haut et en arrière, et laissant pénétrer la sonde de 8 centimètres et demi. Bruits cardiaques fœtaux perçus sur la ligne médiane. A la suite de l'exploration, la femme ressent, pour la seconde fois, les mouvements du fœtus qui sont également appréciables à la main. Vers la fin du mois, crampes dans le bas-ventre, fièvre, nausées, cessation des mouvements fœtaux et des bruits cardiaques. La malade se rétablit cependant. Ultérieurement, on observe un ratatinement considérable du sac s'accompagnant de vives douleurs. En février 1874, la malade était assez remise pour reprendre ses occupations et se soustraire, dès lors, à l'observation.

Femme de 53 ans; 7 accouchements, le dernier en 1866. En 1868, elle a une péritonite au milieu d'une nouvelle grossesse, qu'on reconnaît être extra-utérine. Au bout de quelques mois, la santé redevient bonne. A Noël 1877, accès fébriles avec fortes douleurs dans le bas-ventre. Expulsion d'os des membres et du crâne d'un fœtus de 7 mois. Fièvre et frissons tous les soirs. Les garde-robes sont si douloureuses que la malade se prive de manger. Le 21 février 1878, fièvre intense, débilitation et émaciation extrêmes. Ventre d'une sensibilité exquise. Côté gauche de l'hypogastre occupé par une tumeur dure, lisse, arrivant à 2 travers de doigt au-dessous du nombril. Utérus repoussé à droite et immobilisé par une masse dure qui remplit la moitié gauche de la cavité pelvienne, remonte en arrière de l'utérus et dépasse la ligne médiane à droite. L'utérus est petit et ferme.

Laparatomie d'urgence. Au-dessous d'adhérences épiploïques très résistantes, on trouve une tumeur de l'ovaire droit atteignant presque les dimensions d'une tête d'homme. En arrière de cette tumeur, se voit l'œuf qui siège du côté gauche et présente de nombreuses adhérences intestinales. Cet œuf contient une sanie purulente et communique par un large orifice avec le colon descendant dans lequel proémine une écaille temporale. Le sac renferme encore la moitié du squelette d'un fœtus de 7 mois. Insertion placentaire située sur le psoas et descendant jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Trompe gauche reconnaissable; ovaire visible sur le bord du kyste. Ligature et extraction du placenta. Énucléation de la masse du sac. Résection de la portion du colon gangrenée et entérorrhaphie. Fermeture de la cavité abdominale, après désinfection. Mort le 3e jour dans le collapsus. L'autopsie a montré que le seul cas de mort était l'inanition préexistente.

Veuve de 39 ans; 1 accouchement à terme il y a 15 ans; un avortement 4 ans plus tard. Depuis le milieu de juin 1881, douleurs surtout dans la moitié

gauche du ventre. Mais la femme, qui a régulièrement ses menstrues, nie énergiquement toute possibilité de grossesse. Au-dessus de la symphyse, proémine hors du petit bassin, une tumeur qui remonte plus haut à gauche et présente à droite une masse plus molle, et non intimement adhérente à la grosse tumeur. Col utérin appliqué contre la symphyse. En arrière, on sent une tumeur rénitente peu mobile qui déforme le cul-de-sac de Douglas et descend jusqu'au plancher du bassin. Cette tumeur adhère intimement à l'utérus qu'elle repousse en haut et en avant. La sonde pénètre de 9 centimètres dans l'utérus qu'elle ne peut soulever.

Opération le 9 juillet. Utérus recouvert de pseudo-membranes étalées et étroitement accolées à la tumeur qui adhère à l'S iliaque. En essayant de faire le tour de la tumeur avec les doigts, la totalité de l'utérus vient se présenter dans la plaie abdominale. Le ligament large gauche par sa face antérieure et la gaîne du psoas iliaque se continuent directement avec la tumeur. En rompant les adhérences, la tumeur se déchire et laisse écouler une cuillerée de liqueur claire. Martin agrandit la déchirure par laquelle vient saillir la région occipitale du crâne d'un fœtus de 7 mois ; l'enfant respire encore, mais ne tarde pas à succomber ; il avait une encéphalocèle occipitale. Le placenta est inséré sur une vaste étendue le long de la paroi antérieure du kyste ; hémorragie immédiatement après l'extraction du fœtus.

Ligatures multiples sur le placenta qu'on extrait entièrement, mais revient en lambeaux. Passage de deux drains à travers le fond du kyste. Suture du sac, après résection du large diverticule supérieur. L'opération a duré une heure et un quart. Guérison sans incidents.

Le placenta s'insérait en partie sur la portion utérine de la trompe dont le calibre était resté perméable, de sorte qu'on n'a pas pu reconnaître d'obstacle à l'immigration de l'ovule dans l'utérus.

6 mois après l'opération, l'orifice vaginal était fermé, et les vestiges du sac ne se traduisaient plus que par un peu d'induration au niveau du ligament large gauche.

V. — Holz a pu suivre, pour ainsi dire, jour par jour le cas suivant :

Femme de 31 ans ; en 1877, à la suite d'un avortement à 6 semaines, phénomènes inflammatoires du côté de l'utérus. Pendant les quatre ans suivants, règles régulières revenues, pour la dernière fois, le 11 février 1881. Le 20 mars, hémorragie utérine qui continue 3 semaines et s'accompagne de paroxysmes douloureux, caractérisés par des douleurs fulgurantes revenant tous les 8 jours, jusqu'au 11 mai, et donnant à la femme la sensation de quelque chose qui se déchirerait dans la partie gauche de son ventre. Holz est appelé pour la crise du 11 mai, qui a été encore plus violente que les 5 précédentes. L'application de glace fait rapidement et définitivement disparaître les douleurs. Deux jours plus tard, l'exploration, devenue possible, permettait de reconnaître immédiatement, au-dessus de l'arcade fémorale gauche et parallèlement à elle, une tumeur fusiforme, grosse comme le poing, non fluctuante, à surface lisse, douloureuse à la pression, arrivant jusqu'à la ligne blanche et mobile en tous sens. La même tumeur était reconnaissable par le vagin et le rectum ; elle était nettement séparée de l'utérus, qui n'était pas augmenté de volume, occupait la moitié droite du bassin et présentait une cavité longue de 6 centimètres et demi. Seins gonflés, pigmentation de leur aréole et de la ligne blanche. Holz n'hésite pas à faire le diagnostic de grossesse extra-utérine. En juin, la tumeur atteignait les dimensions d'une tête d'enfant, dépassait de 3 centimètres la ligne blanche et arrivait par son sommet à mi-distance entre la symphyse et le nombril.

Le 28 juin (milieu du 5e mois) Holz fut surpris de la diminution subite et considérable de la tumeur, ainsi que de sentir, à travers les téguments de la

région iléocœcale, la tête, les pieds et les côtes du fœtus. Il n'entendit les bruits du cœur que le 22 juillet, dans la région hypogastrique droite.

Pendant ce temps, le fœtus s'était graduellement élevé dans la cavité abdominale, de façon à venir se placer en travers, immédiatement au-dessous du foie; sa tête était soulevée par les battements de l'aorte.

L'état des choses était encore le même le 20 août; mais, dès le 23 (milieu du 7e mois), le fœtus succombait.

La mère eut de la fièvre, des vomissements et de la sensibilité du ventre qui ne durèrent pas longtemps. En novembre elle ne présente plus qu'un écoulement sanguinolent par le vagin. Le fœtus s'est encore déplacé, de sorte qu'on ne sent plus sa tête.

Holz base son diagnostic de grossesse tubaire gauche sur le siège et la forme de la tumeur. Les douleurs fulgurantes reviennent périodiquement de mars à mai, s'expliquent par des déchirures de la trompe distendue, déchirures qui se sont cicatrisées, tandis que l'hémorragie, habituellement mortelle, cessait sans doute grâce à des caillots obturateurs. Au milieu du 5e mois, c'est non seulement la paroi tubaire, mais encore le kyste fœtal qui s'est rompu. Le fœtus est alors tombé dans la cavité abdominale, tandis que le placenta et les membranes restaient dans l'oviducte.

L'auteur relève diverses autres particularités de son observation : l'utérus conservait ses dimensions normales; l'absence de toute issue de débris de la caduque; l'augmentation de volume du placenta qui a continué même après la mort du fœtus, jusqu'au 24 octobre. J. B.

VI. — Une jeune négresse, étant devenue enceinte, fut prise, au bout de 9 mois, de douleurs semblant annoncer l'accouchement, mais celui-ci n'eut pas lieu, et quelque temps après les règles, qui manquaient depuis près d'une année, reprirent leur cours habituel. La malade n'éprouvait aucun trouble apparent (sauf sa taille, qui était toujours celle d'une femme à terme), et travaillait régulièrement dans les champs. Deux ans et demi plus tard, une petite ouverture se forma spontanément dans le flanc gauche et donna issue d'abord à un liquide transparent sans odeur, puis progressivement à du pus, qui finit par exhaler une épouvantable fétidité. La malade demeura en cet état sans aucun soin pendant plus de six mois, au bout desquels l'auteur, en tournée dans le voisinage, fut appelé par hasard auprès d'elle et la trouva dans une extrême faiblesse. Il n'eut pas de peine à reconnaître l'existence d'un fœtus enkysté dans la cavité abdominale et entièrement décomposé. Après avoir administré quelques cordiaux, il entreprit, bien que presque dépourvu d'instruments, l'extraction du contenu du kyste, et parvint à retirer par débris les os et toutes les parties du cadavre d'un fœtus à terme en état d'effroyable putréfaction. Aussitôt débarrassée de ce foyer de pestilence, la malade commença à recouvrer ses forces, et au bout de peu de jours elle était entièrement rétablie. H. BARTH.

VII. — Femme de 24 ans, mère de 3 enfants. Cinq mois auparavant, deux époques menstruelles font défaut et elle se croit enceinte. A partir de ce moment surviennent des hémorragies irrégulières qui reviennent deux et trois fois par mois : la malade se plaint de douleurs lombo-abdominales et, de temps en temps, elle éprouve de la peine dans la miction et la défécation.

Au moment de son admission, elle est dans un état de collapsus, avec petitesse du pouls et violentes douleurs abdominales. La palpation montre un gonflement d'apparence kystique, étendu depuis le pubis jusqu'à l'épigastre, et produit par la vessie distendue. Après le cathétérisme, on perçoit une tumeur intra-pelvienne, occupant toute l'excavation et comprimant le rectum. Cette tumeur est élastique, elle semble faire corps avec l'utérus, mais on ne sent point de contraction utérine ni ballottement. Aucun bruit fœtal ni utérin à l'auscultation.

Le diagnostic était hésitant entre une rétroflexion de l'utérus gravide, une grossesse extra-utérine, ou une hématocèle rétro-utérine. Les accidents de compression étant urgents, on essaya de repousser la tumeur dans la cavité abdominale, mais en vain. Simpson se décida à faire une ponction aspiratrice par le vagin, au point culminant de la tumeur : elle ne donna que du sang. Il y eut un soulagement marqué le premier jour, mais des accidents fébriles ne tardèrent pas à éclater, et la mort arriva le sixième jour.

A l'autopsie, on commença par enlever le bassin et par le placer dans un mélange refrigérant, pour pouvoir faire une coupe des organes et étudier leur position respective. On trouva l'utérus entouré d'une poche sanguine. Dans cette poche se voyaient les membres d'un fœtus macéré et le placenta la remplissait presque complètement. La paroi antérieure du sac fœtal était intimement accolée à la paroi postérieure de l'utérus. L'examen des rapports respectifs de la tumeur et de l'utérus, et l'étude microscopique des parois du sac fœtal montrèrent qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire compliquée d'une hématocèle récente.

VIII. — A propos de l'autopsie d'une femme morte en quelques heures des suites de la rupture d'une grossesse tubaire, l'auteur signale les particularités anatomiques suivantes :

Bien que la grossesse extra-utérine siégeât dans la trompe droite, l'ovaire droit était petit et ne renfermait que de vieilles cicatrices de corps jaune; au contraire l'ovaire gauche, volumineux, contenait le corps jaune de la grossesse. L'utérus, bien que ne contenant point de fœtus, présentait une caduque distincte. H. R.

IX. — Cette femme agée de 37 ans, a été prise, il y a 7 ans. au second mois d'une grossesse d'une péritonite à début subit qui guérit au bout de deux mois la grossesse continuant son évolution. Une quinzaine de jours avant l'époque attendue, le travail commença. Des douleurs expultrices se produisirent et devinrent de plus en plus fréquentes, *le col s'ouvrit*, puis tout à coup, au bout de trois jours, ces phénomènes cessèrent presque instantanément; toute contraction douloureuse disparut, le ventre parut un peu s'affaisser, le col se referma, et le lendemain, la malade se levait et reprenait ses occupations habituelles.

Pendant quelques jours, elle fut gênée par une sensation de tension incommode du côté des mamelles, accompagnant une sécrétion lactée assez abondante. Six semaines après cette époque, la menstruation se rétablit, et pendant sept ans les règles se sont toujours produites avec la plus grande exactitude. Pendant toute cette période, l'état général a été excellent : aucune douleur dans le ventre, aucune irrégularité dans les fonctions intestinales, aucun de ces troubles de compression ou de ces phénomènes réflexes qui accompagnent si souvent les affections utérines ou péri-utérines.

Le 1er mars dernier, — la dernière époque datant d'une quinzaine de jours. — la malade est prise de nouveau d'une vive douleur abdominale, accompagnée de fièvre, d'une sensation de malaise général, d'anorexie et de quelques vomissements. On diagnostique une péritonite, laquelle nécessite un séjour au lit de cinq semaines. Pendant ce temps, des cheveux sont rendus, mêlés aux matières fécales. Cinq mois plus tard, c'est-à-dire dans le courant du mois d'août, la malade expulse par le rectum de petits os, en assez grand nombre, paraissant appartenir à un squelette de fœtus à terme. Chaque selle en contenait un ou deux. Ces os étaient absolument dépouillés de toutes les parties molles auxquelles ils donnent attache.

Actuellement (27 novembre), la malade continue à en expulser de temps en temps au milieu de ses matières fécales. Elle prétend avoir rendu des lambeaux de peau et des débris de tendons et de muscles.

Une grande partie du squelette a été ainsi évacuée; on trouve des côtes, des corps vertébraux, un tibia, un radius, un cubitus, un fémur, une omoplate, un rocher, un sphénoïde, un maxillaire supérieur, de nombreuses phalanges. Les deux premières côtes gauches sont soudées ensemble sur une partie de leur étendue. Tous ces os sont remarquables en ce que l'ossification est plus avancée qu'au moment de la naissance. Pour l'omoplate, les côtes et les os longs précédemment mentionnés, la diaphyse est ossifiée dans toute son étendue. Une coupe longitudinale pratiquée sur le tibia nous montre le tissu compact très mince aux extrémités, s'épaississant considérablement vers le milieu de l'os aux dépens du canal médullaire qui, en ce point, n'a guère qu'un demi-millimètre de diamètre.

Tout d'abord, pendant le mois d'août et la première quinzaine de septembre, la malade éprouva des douleurs assez vives, ayant, dit-elle, une certaine analogie avec celles qui se produisent pendant l'accouchement, assez intenses pour empêcher le sommeil pendant plusieurs nuits de suite, se localisant dans les régions épigastrique et ombilicale. Depuis six semaines, les souffrances ont beaucoup diminué.

Actuellement, très bon état général. Bon appétit, pas de troubles intestinaux. Selles régulières. Pas de sang dans les garde-robes. La malade peut vaquer à ses occupations habituelles.

On sent à la partie inférieure de l'abdomen, du côté droit, une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, non douloureuse à la pression. Cette tumeur a légèrement diminué depuis quelque temps, le toucher rectal ne permet pas de sentir l'orifice qui fait communiquer le kyste avec l'intestin. A. C.

X. — Femme de 28 ans, de Saga (Japon), nullipare, n'ayant pas ses règles depuis 11 mois, lorsqu'il y a 5 mois, à la suite d'une perte profuse, le volume de son ventre s'est mis à diminuer; en même temps l'abdomen devenait très douloureux.

Le côté droit du ventre, jusqu'au-dessus du nombril, est occupé par une tumeur sphérique, mobile, ayant presque la forme d'une tête d'adulte, dure, présentant à une palpation profonde quelques inégalités et duretés. Rien à l'auscultation. Utérus refoulé à gauche. Le col utérin laisse saillir un bouchon muqueux parfaitement transparent extérieurement, mais contenant une masse jaune ocrée composée de cellules graisseuses, de cristaux d'acide sébacique, de cholestérine et de fibres musculaires striées.

Les seins sécrètent un peu de lait.

Incision de l'ombilic au mont de Vénus insuffisante pour extraire la tumeur qui présentait des adhérences en avant et en arrière. Celles de l'épiploon sont facilement rompues avec la main.

En détachant avec les doigts une bride que la face postérieure de la tumeur envoyait dans la direction du rein droit, le kyste fœtal se déchira et versa dans la cavité abdominale une matière onctueuse mêlée de cheveux.

Le kyste extrait, Dœnitz enleva après les avoir liés le ligament large, l'ovaire et la portion la plus voisine de la tempe.

La plaie péritonéale suturée, il fut facile d'arrêter avec le thermocautère l'hémorragie de l'épiploon. Sans attirer les intestins au dehors, Dœnitz lava la cavité abdominale à l'eau phéniquée, puis sutura la plaie des parois abdominales en introduisant un drain à la partie inférieure.

Pansement avec naphtaline pulvérisée. Ligatures et sutures, avec de la soie au sublimé.

Dès le 5 juin, apyrexie; le 10, ablation des sutures.

Aucune trace de placenta dans le kyste; fœtus arrivé à la fin du 7e mois.

Dœnitz recommande de ne pas négliger, dans les nombreux cas où le diagnostic de grossesse extra-utérine est douteux, de pratiquer l'examen microscopique des sécrétions utérines. J. B.

Suite d'une observation de gastrotomie publiée dans les *Archiv f. Gynœkologie*, XVIII B., p. 1. Deux mois après la guérison de l'opération, il s'était formé au niveau de la cicatrice abdominale, une hernie que l'on essaya d'abord de maintenir avec un bandage, mais qui n'en continua pas moins à augmenter, 16 mois après l'opération elle mesurait 43 centimètres de circonférence à la base, 27, 5 de longueur. L'opération radicale ayant été reconnue nécessaire fut pratiquée le 30 août 1881 par le Dr Werth, assistant de Litzmann.

La cavité péritonéale est ouverte : les adhérences nombreuses de l'épiploon avec la face interne du sac herniaire sont incisées entre deux ligatures. Le ligament droit, qui vient s'insérer presque au milieu du sac herniaire est incisé entre deux ligatures à 5 centimètres de cette insertion, le sac herniaire est complètement enlevé.

Puis les bords des muscles droits sont rapprochés et réunis par des sutures profondes. Guérison sans accident. La malade quitte le lit le 22 septembre : la guérison est parfaite. Le sac herniaire enlevé se compose de la peau d'une couche fibreuse et du péritoine. A la face profonde du sac adhère le lambeau détaché du ligament large et un morceau de la trompe. Celle-ci présente l'épaisseur normale de la trompe au niveau de l'ampoule. Elle est perméable, mais seulement dans un trajet de 0,5 dixièmes de centimètre : au delà, la cavité de la trompe est remplie par une sorte de tissu aréolaire formé par l'adhérence des plis de la muqueuse les uns avec les autres. Cette disposition se prolonge sur une longueur de 2 ou 3 centimètres, puis la cavité centrale reparaît et le tissu aréolaire persiste seulement sur les côtés. La trompe se termine par une partie non perforée. Il n'est pas douteux pour l'auteur que le tissu musculaire reconnu dans les plis tubaires et à la face interne du sac herniaire, et le cordon solide qui réunit la portion perméable de la trompe à la paroi abdominale ne soient des restes du sac fœtal, revenu sur lui-même et oblitéré après l'évacuation de son contenu ; et que la membrane, adhérant à la face interne du sac et renfermant des faisceaux musculaires, ne soit une partie de l'enveloppe séreuse du sac fœtal.

L'auteur tire de ses récentes observations les conclusions suivantes :

Lorsqu'il est à peu près certain que le fœtus s'est développé dans la cavité péritonéale, il ne faut pas se faire d'illusion sur les résultats qu'on peut obtenir d'une gastrotomie. Il n'y a pas à songer à l'ablation de la totalité du sac ; encore moins à détacher le placenta, tant que la circulation persiste dans les vaisseaux placentaires maternels. Même après l'oblitération complète de ces vaisseaux, on ne pourra pas toujours arriver à détacher le placenta adhérent au feuillet pariétal ou viscéral, sans mettre en danger la vie de la mère.

Lorsque le fœtus est renfermé dans l'une ou l'autre trompe ou dans l'ovaire, il faut autant que possible reconnaître si le sac fœtal est intraligamenteux, ou s'il est libre dans la cavité péritonéale, adhérent seulement par un pédicule au ligament large.

Dans le premier cas, l'épaisseur des parois met à l'abri de la décomposition après la mort du fœtus, et il faut reculer l'intervention jusqu'à ce qu'une indication particulière se présente. L'ablation complète du sac n'est pas possible, mais le détachement du placenta peut s'opérer sans danger après l'oblitération des vaisseaux maternels.

Dans le second cas, si le sac n'a pas contracté des adhérences trop étendues avec les organes voisins, on peut arriver à l'ablation de la totalité du sac et de son contenu. L'opération peut être entreprise même du vivant de l'enfant et malgré la persistance de la circulation placen-

taire ; car à l'aide du tube d'Esmarch, on se mettra à l'abri de l'hémorragie pendant l'opération, et l'ablation de la totalité du sac éloigne tout danger de décomposition putride. H. DE BRINON.

**I. — Ueber die Verbesserungsfähigkeit des klassichen Kaiserschnittes... (De l'amélioration de l'opération césarienne classique, au point de vue de la cicatrisation par première intention de la plaie utérine...), par SANGER** (*Arch. für Gynækol., Band XX, Heft* 2).

**II. — Dystocie due à une tumeur du col de l'utérus ; opération de Porro ; guérison, par FOCHIER** (*Lyon méd.*, 20 *mai* 1883).

**III. — Opération césarienne d'après le procédé de Porro, par GUICHARD ; rapport de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** (*Bull. de la Soc. de chir., p.* 362, 1882).

**IV. — Zur Casuistik der Kaiserschnitt-Operationen, par E. EHRENDORFER** (*Arch. f. Gynækol., Band XX, Heft* 1).

**V. — Ein Kaiserschnitt nach Porro bei Osteomalacie mit günstigen Ausgange, par H. FEHLING** (*Ibid., Band XX, Heft* 2).

**VI. — Ein Fall von Section cæsarea nach Porro, par RUMPE** (*Centralbl. für Gynækol.*, n° 11, 1883).

**VII. — Sectio cæsarea. Vorderer mitteler Median-Schnitt; Uterus naht nach Unterminirung der serosa... (Opération césarienne, suture utérine...), par O. BENNER** (*Arch. f. Gynækol., Band XX, Heft* 3).

I. — L'auteur compare les résultats statistiques de l'opération césarienne et de l'opération de Porro.

Depuis 1870, l'opération césarienne classique a été pratiquée 6 fois en Amérique et 2 fois en Angleterre, et a donné 4 guérisons pour les mères : 50 0/0. La première centaine d'opérations de Porro (1876-1882) a donné une mortalité de 57 0/0.

Les principaux dangers de l'opération césarienne sont :

1° *L'infection septique.* Il faut donc désinfecter soigneusement avant l'opération toutes les parties du corps qui sont en rapport avec le siège de l'opération.

2° *L'hémorragie par la plaie utérine.* Pendant l'opération, elle peut être diminuée par la compression manuelle de l'utérus, et surtout par l'emploi de compresseurs utérins, dont l'auteur fait connaître le modèle. Après l'opération, elle peut être sûrement évitée par la suture sous-péritonéale.

L'hémorragie par atonie utérine sera combattue par les moyens ordinaires.

3° *La péritonite consécutive à l'introduction dans l'abdomen de sang et de lochies.* Toute suture qui assurera la cicatrisation primitive des bords de la plaie utérine, mettra à l'abri de ce danger.

L'auteur a commencé des recherches sur la cicatrisation par première intention de la plaie utérine. Ces recherches, qui ne sont pas encore terminées, l'ont amené à étudier l'involution puerpérale et à constater que cette involution ne consiste pas, comme l'a affirmé Heschl, en une dégénérescence graisseuse complète de l'utérus, mais en diminution des fibres musculaires suivies de régénération sur place de ces éléments.

Leopold a mis en pratique la méthode de Sänger; il lui doit un succès; il la recommande à ses collègues comme très simple.

P. Müller, au contraire, trouve cette méthode trop compliquée; d'ailleurs, les résultats sont en trop petit nombre pour qu'on puisse comparer l'opération césarienne moderne à l'opération de Porro. Cette dernière opération n'a, d'ailleurs, à ses yeux d'autre avantage que d'éviter les dangers de l'opération césarienne.

Nieberding et Olshausen considèrent comme absolument nécessaire, après l'amputation utérine, l'occlusion du canal cervical par des points de suture.

Sänger réduit à cinq le chiffre des indications à l'opération de Porro:

1° Lorsqu'il y a infection du corps de l'utérus;

2° Lorsqu'il y a atrésie du col et du vagin, ou obstruction par une tumeur indépendante de l'utérus;

3° En cas de grossesse dans une corne fermée de l'utérus bicorne;

4° En cas d'ostéomalacie grave; lorsque la stérilisation peut avoir un effet curatif;

5° Après un certain nombre d'opérations césariennes. H. DE BRINON.

II. — Femme de 42 ans, réglée à 14 ans. Treize accouchements antérieurs et deux fausses couches. La dernière grossesse (14e) a été pénible. Aux premières douleurs, une sage-femme examine la malade et pense à une grossesse gémellaire. Un médecin reconnaît une tumeur utérine faisant obstacle à la délivrance. La malade entre dans le service du Dr Fochier le 23 novembre.

On ne perçoit plus de mouvements ni de bruits du cœur fœtaux. Par le toucher vaginal, on sent une tumeur, arrondie, de la grosseur d'une tête de fœtus, remplissant presque l'excavation et se confondant avec la lèvre postérieure du col qui semble être son point d'implantation.

Le chirurgien se décide à faire l'opération césarienne. Le fœtus est retiré sans grande hémorragie, déjà macéré. L'utérus étant soulevé, on constate la présence d'une tumeur fibreuse au niveau du col. L'hystérotomie est aussitôt pratiquée. On a employé dans ce cas la méthode de Lister, mais sans spray phéniqué. Anesthésie par l'éther.

Après diverses complications, la malade sort guérie le 15 janvier. A. C.

III. — Guichard exécuta l'opération sur une femme de 25 ans, extraordinairement déformée; le détroit inférieur n'offrait que 3 ou 4 centimètres de diamètre transversal. La femme se présenta à 5 mois, mais on attendit pour l'opération que la grossesse fût arrivée à terme. L'enfant fut extrait vivant et vit encore; mais, bien que l'opération ait été faite dans toutes les règles de la méthode antiseptique, la mort survint au bout de 60 heures. La dyspnée fut, avec le ballonnement du ventre et les urines noires, les symptômes qui précédèrent l'issue funeste; il n'y eut pas trace de péritonite.

Lucas-Championnière insiste sur les dangers de la céphalotripsie, et loue l'opérateur d'avoir écarté ce mode d'intervention, dont les indications vont tous les jours en se restreignant. Dans les bassins très étroits, entre 6 et 7 centimètres, un chirurgien expérimenté peut seul la tenter, et, jusqu'à 7 même, faut-il toujours que l'opérateur soit fort prudent et puisse compter sur une habitude suffisante de ces sortes d'instruments.

Reste à faire un choix entre l'opération de Porro et l'opération césarienne. Pour la première, la mortalité s'est montrée jusqu'ici, sur un total de 72 cas, de 67 0/0. Ce qui ajoute à la gravité de cette opération,

ce sont les troubles nerveux particuliers qui suivent l'ablation de l'utérus. Ces réflexes morbides consistent en irrégularités du pouls qui est véritablement affolé, battant à 180, puis, subitement, tombant à 80 ; il y a aussi le tympanisme abdominal qui peut prendre subitement de grandes proportions. Plus tard, les femmes guéries sont moins valides que celles qui ont subi l'opération césarienne; elles conservent une sensibilité très grande du ventre, deviennent hystériques et sont sujettes à des phénomènes de congestion très pénible en diverses régions ; quelques-unes ont de véritables règles par le rectum.

C'est en observant tous ces malaises, joints à la gravité très grande de l'acte opératoire en lui-même, que Lucas-Championnière propose de revenir à l'opération césarienne qui donne à la campagne de si beaux résultats, et que l'on doit rendre aussi heureux à Paris avec les modifications antiseptiques. Il est vrai que des perfectionnements doivent être ajoutés à l'ancien manuel. L'auteur propose surtout l'incision le plus haut possible.

L'opération de Porro conserve cependant quelques indications parmi lesquelles il faut signaler l'hémorragie, la rupture utérine et le milieu infecté. On devra s'attacher alors à reporter l'incision le plus loin possible du pubis, à ouvrir l'utérus vers sa partie supérieure, à réséquer la moins grande quantité possible de l'organe, à morceler l'énorme pédicule, non seulement en deux, mais en 3, 4 ou 5 portions suivant son volume, à immobiliser complètement le pédicule et à retarder le plus possible le premier pansement.

Guéniot rappelle que, dans sa thèse d'agrégation de 1866, il avait lui-même posé des restrictions très sévères à l'égard de la céphalotripsie, 4 centimètres pour les spécialistes rompus à l'obstétrique, et 6 pour les autres opérateurs, semblent même des chiffres trop peu élevés. Pour l'opération de Porro, même répulsion que chez le précédent auteur, basée sur la même prédilection en faveur de la césarienne. Cette dernière bénéficiera du procédé qui consiste à opérer hors du ventre, non pas en extrayant d'un bloc l'œuf de la cavité abdominale, mais en le tirant doucement au dehors au fur et à mesure de son évacuation qui se fait tout entière hors du ventre. En outre, il sera bon de faire l'incision utérine strictement suffisante et d'extraire le fœtus avec lenteur, comme on le ferait par le vagin. Enfin, la méthode antiseptique sera scrupuleusement suivie. C'est en s'appliquant à introduire toutes ces modifications que l'on arrivera à faire d'emblée l'opération césarienne chez beaucoup de femmes auxquelles on n'ose pas encore la conseiller. L. JULLIEN.

IV. — Relation de deux opérations pratiquées à la clinique du professeur Späth, à Vienne.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 21 ans, primipare avec rétrécissement transversal.

Les dimensions sont les suivantes :

Dist. des ép. 21 centimètres; des cr. 26; des troch. 26,5; des tubérosités ischiatiques 5,5. Diamètre conjugué extérieur 18,5.

Opération d'après la méthode de Porro. Extraction d'une enfant vivant, du poids de 2,140 grammes. La constriction de l'utérus est faite avec la chaîne d'écraseur de Billroth. Le pédicule est cautérisé avec l'appareil de Paquelin. Une hémorragie secondaire assez forte est signalée par la garde, onze heures après l'opération. On augmente le degré de constriction et l'hé-

morragie cesse immédiatement. Pour la désinfection du moignon, on emploie d'abord un mélange à parties égales d'iodoforme et de tannin ; puis de l'iodoforme pur. L'apyrexie est complète pendant toute la convalescence. La malade sort guérie 8 semaines 1/2 après l'opération.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 35 ans, à son troisième accouchement. Cette femme porte sur le côté gauche du col une tumeur de la grosseur du poing, dure, saignant peu, de nature cancéreuse. La tumeur a déjà envahi la paroi vaginale et les ganglions inguinaux sont engorgés. L'ablation de la tumeur est, par suite, considérée comme inutile; l'opération césarienne est pratiquée dès le début des douleurs. On extrait deux enfants vivants, pesant chacun 1,450 grammes. La plaie utérine, mesurant 10 centimètres de longueur, est réunie avec du catgut de Lister, traitée par l'acide chromique n° 3. On pratique 5 sutures profondes, pénétrant dans toute l'épaisseur de la paroi utérine, et 10 sutures superficielles embrassant, outre la séreuse, une faible épaisseur de tissu musculaire. L'opérée succombe le lendemain de l'opération. A l'autopsie, on constate que les fils à ligature n'ont pas coupé les tissus, mais que les nœuds sont tous défaits.

V. — C'est la 3e opération de Porro que l'auteur a eu l'occasion de pratiquer : sur les trois, une mère est morte; tous les enfants sont vivants. Il s'agit d'une femme de 39 ans, à sa 10e grossesse. Les premiers symptômes d'ostéomalacie avaient paru pendant sa 7e grossesse. A la 9e grossesse, l'auteur avait été appelé pour une présentation du tronc; il avait reconnu l'existence d'un rétrécissement ostéomalacique du bassin, mais avait pu extraire l'enfant vivant. Actuellement le bassin présente les dimensions suivantes : dist. des ép. 24,5; des cr. 28,5; des troch. 28; des tubérosités ischiadiques 5 centimètres. Diam. conj. ext. 19 centimètres. L'opération est pratiquée le 23 mars 1882, après 16 heures de douleurs. Spray phéniqué (2 1/2 0/0). Application d'un tube élastique sur l'utérus avant l'incision utérine : celle-ci porte sur le fond et la paroi antérieure, et intéresse le placenta. Extraction d'un enfant vivant du poids de 3,040 grammes. Un lambeau de membrane avait été pincé par le tube élastique, mais il fut facile de l'extraire avec une pince. L'utérus et les ovaires sont enlevés avec l'écraseur de Péan-Billroth. Le moignon, cautérisé au fer rouge, badigeonné avec une solution à 8 0/0 de chlorure de zinc, est recouvert de ouate imprégnée de chlorure de zinc et saupoudrée d'acide salicylique. La convalescence fut entravée par un peu de gangrène du moignon et par un accident de décubitus. La guérison était complète 8 semaines après l'opération.

VI. — Primipare, âgée de 38 ans, entrée à la cliniqne de Marbourg, le 10 novembre 1882. Bassin rachitique : dist. ép. 23,7; cr. 25,2. Diam. de Baudelocque 16,7. Diam. conj. diag. 7,9. Diam. conj. vrai 6,0. L'opération est pratiquée le 24 novembre, 10 heures après le début des douleurs. Extraction d'un enfant vivant, du poids de 2,750 grammes et mesurant 49 centimètres. Insertion du moignon utérin à l'angle inférieur de la plaie et pansement phéniqué. L'opérée succombe 90 heures après l'opération, avec un météorisme très développé. A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de péritonite; seulement une anse de l'intestin grêle (très voisine du cæcum) adhérait à la face abdominale du moignon, et au milieu de cette adhérence se trouvait un peu de pus épais jaune, clair; l'intestin, au-dessus de cette adhérence, était énormément dilaté. La cause de la mort paraît donc avoir été le météorisme causé par le rétrécissement de l'intestin au niveau de l'adhérence; l'auteur admet, toutefois, que l'opération de Porro prédispose par elle-même au météorisme et que dans le cas actuel, le météorisme a pu être primitif.

VII. — Il s'agit d'une opération césarienne pratiquée par l'auteur chez une femme de 41 ans, à sa 6e grossesse. La grossesse était à terme, et l'accouchement était rendu impossible par la présence d'un fibrome siégeant sur la

paroi postérieure du col; cette tumeur était immobile, du volume d'une tête d'enfant, et oblitérait complètement l'entrée du bassin. La malade était atteinte de pyélonéphrite purulente. L'opération est pratiquée le 11 septembre 1882, après une tentative infructueuse de ponction de la tumeur. Ouverture de l'abdomen sous le spray. Application sur le segment inférieur de l'utérus d'un tube en caoutchouc de la grosseur du petit doigt, dont les deux bouts croisés sont confiés à un aide. Incision médiane de l'utérus allant du fond à la limite supérieure du segment inférieur; le placenta est atteint sur une longueur de 2 centimètres. Hémorragie intense, qui s'arrête immédiatement par la constriction du tube. Extraction de l'enfant vivant. L'utérus est attiré hors de l'abdomen; les membranes et le placenta détachés; la cavité utérine lavée avec une solution phéniquée à 5 0/0. La séreuse est disséquée et un lambeau conique de la paroi musculaire est réséquée. Après avoir replié la séreuse, on fait 7 points de suture profonds comprenant toute la couche musculaire sans la caduque et 4 points de suture superficielle. On retire le tube de caoutchouc et on replace l'utérus; il n'y a pas eu d'hémorragie; l'opération a duré 20 minutes. Pendant la toilette du péritoine, une des éponges se détache de l'instrument qui la porte et se perd dans l'abdomen. On est obligé de retirer les intestins de la cavité abdominale pour la retrouver. L'opération est rapidement terminée en raison de la faiblesse de la malade. Bandage antiseptique; gaze idoformée sur les organes génitaux externes. La malade succombe un jour et demi après l'opération. A l'autopsie, on constate une pneumonie hypostatique du côté droit, une pyélonéphrite étendue avec destruction d'une grande partie des deux reins, une péritonite au début; un fibrome intramural de la paroi postérieure de l'utérus, fixé par de vieilles adhérences et oblitérant entièrement l'entrée du bassin. L'utérus n'adhère pas à la paroi abdominale : les sutures ne sont pas relâchées ; les deux lambeaux de la séreuse sont appliqués l'un sur l'autre.

L'auteur se déclare partisan de l'opération césarienne ancienne avec la modification de Sänger.

Si l'avenir consacrait cette méthode, tous les cas dans lesquels le plus petit diamètre du bassin mesure de 5,5 à 7,5 devraient être réservés à l'opération césarienne. Les pinces de Sänger, pour prévenir l'hémorragie, lui paraissent inutiles : le tube en caoutchouc est suffisant.

H. DE BRINON.

---

# MALADIES VÉNÉRIENNES.

**Bakterien in syphilitischen Neubildungen (Bactéries dans les productions syphilitiques), par BIRCH-HIRSCHFELD** (*Centralblatt für die med. Wiss.*, *n*os 33 *et* 44, 1882).

Dans les gommes syphilitiques, il existe constamment des microorganismes qui occupent la partie périphérique de la granulation; le plus souvent, ils sont réunis en colonies. Avec un grossissement moyen, ils apparaissent comme des micrococcus sphériques, quelquefois comme de petits bâtonnets ; si l'on emploie un fort grossissement, ce sont alors de petits bâtonnets courts, assez épais, arrondis aux extrémités, mais on

trouve fréquemment aussi des amas généralement allongés de bâtonnets d'une longueur de 3-5 μ, accolés les uns aux autres suivant leur longueur ; dans la plupart des cas, ils sont légèrement incurvés, quelquefois recourbés en forme de crosse ; on peut trouver aussi dans les cellules des amas des plus petits bâtonnets, tantôt remplissant entièrement la cellule, tantôt distribués seulement à la périphérie. Voici la manière dont on rend ces organismes manifestes : les pièces sont durcies dans l'alcool, puis les coupes, une fois faites, sont placées dans l'acide acétique, puis montées dans la glycérine ; si on veut les colorer, on les place quelques instants dans une solution aqueuse suffisamment concentrée de fuchsine, puis dans l'alcool ; on les éclaircit ensuite avec l'huile d'œillet, enfin elles sont montées dans le baume du Canada. Les bactéries sont alors colorées vivement par la fuchsine en rouge intense. Des fragments de condylomes, de chancre induré, de syphilide papuleuse excisés sur le vivant ont démontré la présence de ces mêmes organismes ; l'examen du sang de malades syphilitiques a toujours été négatif.

L'auteur, ayant eu l'occasion d'examiner plusieurs pièces fraîches, de larges condylomes, et une production gommeuse des parois cardiaques, revient un peu sur l'opinion précédemment émise ; il pense que les bâtonnets ne sont formés que par la réunion de micrococcus isolés, et dont la forme n'est pas ronde, mais d'un ovale un peu allongé ; les plus petits de ces micrococcus sont visibles seulement avec les grossissements les plus forts ; les bâtonnets résulteraient donc de la réunion, généralement des deux micrococcus, rarement de 3 ou 5. Il n'emploie plus l'acide acétique pour éclaircir ses préparations, mais une solution de potasse caustique qui laisse les micrococcus intacts ; ces derniers peuvent être colorés par la fuchsine ou le violet de gentiane. On trouve surtout dans les gommes viscérales des micrococcus ou des diplococcus ; dans les condylomes volumineux, les formes plus grandes de ces organismes ne sont pas rares ; on les trouve aussi dans le liquide qui s'écoule d'une tumeur condylomateuse fraîchement excisée ; on les trouve également réunis en groupe dans les papilles des condylomes et dans les cellules de la couche profonde du réseau de Malpighi. V. ŒTTINGER.

**État actuel de la science sur l'hérédité syphilitique, par H. BLAISE** (*Thèse d'agrégation, Paris,* 1883).

Ce travail peut se diviser en quatre parties.

Dans la première, après un préambule intéressant sur l'hérédité en général, l'auteur aborde l'étude de l'hérédité syphilitique, discute son mécanisme et montre qu'il n'est que trois explications possibles :

1° *L'hérédité proprement dite* comparable à celle de la goutte ou du cancer. Ce n'est pas le virus lui-même qui est transmis héréditairement, au moins dans beaucoup de cas, mais l'aptitude à réaliser la syphilis. La syphilis, comme toutes les diathèses, est un tempérament morbide et c'est ce tempérament qui est héréditaire ;

2° L'hérédité par infection ;

3° L'action réunie de ces deux causes.

Entre ces trois suppositions l'auteur prend résolument parti pour la deuxième. Il croit à la nature parasitaire de la syphilis et considère l'hé-

rédité de cette maladie comme une infection virulente. L'agent virulent se trouve dans le sperme, dans l'ovule ou bien il traverse le placenta comme les microbes de certaines maladies virulentes (Straus et Chamberland. Voy. *R. S. M.*, XXII, 561).

A côté de l'hérédité syphilitique se place l'hérédité des syphilitiques caractérisée par des états morbides divers constituant une sorte de déchéance vitale, mais non spécifique. La deuxième partie est consacrée à l'étiologie. L'auteur conclut : 1° que l'influence du père n'est pas absolument fatale même à la période secondaire ; 2° qu'un père syphilitique peut engendrer un enfant syphilitique, la mère restant saine du moins en apparence ; 3° que l'influence paternelle, bien que décroissant à mesure que la vérole vieillit, peut se manifester à la période tertiaire, et qu'il est impossible de préciser à quelle époque un père syphilitique ne procréera plus d'enfants contaminés ; 4° que le mari étant syphilitique et non traité, la femme peut n'avoir que des avortements, tandis que ses grossesses arrivent à terme dès que le mari se traite (Loi de Colle). A propos de l'immunité maternelle, l'auteur l'explique par l'existence chez la mère d'une syphilis imperceptible. S'appuyant sur les expériences de Straus et Chamberland, il l'attribue à la pénétration à travers le placenta d'une faible quantité du microbe parasitaire (vaccination pastorienne).

Relativement à l'influence de la mère qu'il reconnaît prépondérante, il examine deux cas, suivant que le fœtus est infecté au moment de la conception ou après elle, et montre comme pour le père l'atténuation résultant de l'ancienneté du mal et l'effet favorable du traitement.

Quand les deux parents sont vérolés, l'empreinte diathésique est plus inévitable et plus profonde. Dans la partie clinique, l'auteur fait un exposé clair et concis des signes de la syphilis héréditaire d'après les travaux les plus récents. Quant à la syphilis héréditaire tardive, il la considère comme rationnellement admissible, mais non encore prouvée par les faits.

Le point le plus développé de cette partie de la thèse est relatif à l'avortement et à l'accouchement prématuré. L'auteur démontre la prédominance de l'influence maternelle qui se chiffre par une proportion d'avortements (36, 8 0/0) presque double de celle qui correspond à l'influence du père. Il place la cause prochaine de l'avortement syphilitique soit dans un empoisonnement direct du fœtus, soit dans une lésion des membranes du placenta ou des vaisseaux du cordon.

Quant à l'hérédité des syphilitiques (descendance indirecte de la vérole), l'auteur y rattache avec Fournier certains cas de débilité native, d'arrêt de développement, de prédispositions aux convulsions, à la méningite, à l'idiotie, à l'épilepsie, etc. Il accepte également que la scrofule, la tuberculose et le rachitisme peuvent en être l'expression, sans admettre les idées absolues de Parrot sur la nature de cette dernière maladie.

La quatrième partie est la reproduction des idées de Fournier (syphilis et mariage). H. DANLOS.

**Considérations cliniques et thérapeutiques sur la scrofule et la syphilis héréditaire, par ABADIE** (*Union médicale*, 4-11 *octobre* 1883).

L'auteur rapporte plusieurs cas intéressants de syphilis héréditaire tardive.

1° Garçon de 15 ans, atteint d'affection oculaire depuis huit mois. Il existe à gauche une iritis chronique avec oblitératiou complète de la pupille par des exsudats, et infiltration de la cornée dans son tiers inférieur ; à droite des lésions analogues, mais moins avancées. Il existe aussi un engorgement énorme des ganglions sous-maxillaires et préauriculaires. Le père avouait la syphilis. L'enfant, bien portant jusqu'à 12 ans, avait vu alors augmenter ses ganglions, son teint pâlir, l'appétit se perdre. Le traitement par l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, les bains de mer furent infructueux. L'enfant fut soumis à un traitement mixte (sublimé, 5 centigrammes ; iodure de potassium, 6 grammes; alcool, 15 grammes; eau, 200; — 3 cuillerées à bouche par jour), à prendre pendant trois jours, puis à suspendre trois jours et ainsi de suite. Au bout de quinze jours, l'amélioration était manifeste, les lésions oculaires rétrocédaient, les ganglions diminuaient; au bout de 6 semaines, l'enfant avait repris bonne mine et solide appétit.

2° Garçon de 20 ans, de bonne santé antérieure, est atteint de kératite parenchymateuse à forme très grave (cornées opaques, photophobie, blépharospasme). Le traitement par l'iodure de potassium (2, puis 4 grammes), les frictions mercurielles, est infructueux. Abadie fait alors des injections de peptonate de mercure (5 millig.) ; dès le lendemain, amélioration ; en vingt jours, guérison complète.

La mère n'avouait pas la syphilis, mais avait perdu trois enfants en premier âge. H. L.

**Syphilis des Gehirns und des Rückenmarks, par BAUMGARTEN** (*Archiv f. path. Anat. u. Phys., Band LXXXVI, fasc.* 2, 1882).

L'auteur, dans ce cas, essaie de démontrer qu'il existe une forme spéciale d'artérite spécifique, gommeuse, absolument distincte de l'artérite oblitérante de Heubner.

A l'autopsie d'une femme syphilitique morte d'une phtisie aiguë, il trouva, sur différents points des méninges ainsi que, à la base du cerveau, surtout au niveau de l'hexagone vasculaire de Willis, et le long des nerfs crâniens, des noyaux jaunâtres, à surface bosselée, du volume d'un pois et même d'un noyau de cerise, et qui présentaient à la coupe de petits îlots jaunâtres du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille.

L'examen histologique permit de constater que la plupart de ces noyaux siégeaient dans les parois de ces vaisseaux. Outre ces nodosités, les vaisseaux présentaient aussi un épaississement uniforme et plus ou moins étendu.

Il existait également des noyaux presque semblables au niveau des enveloppes de la moelle et des racines postérieures des nerfs cervicaux. Ces noyaux présentaient la structure suivante :

Constitué par des foyers séparés par un tissu très riche en vaisseaux, chaque foyer lui-même se décompose en trois zones : 1° zone externe constituée par une multitude de cellules embryonnaires ; 2° zone moyenne; 3° zone interne, la plus volumineuse formée de cellules fusiformes avec substance fondamentale de nature conjonctive. Dans cette dernière zone, il existait aussi quelques cellules géantes. La cavité interne des vaisseaux présentait tous les signes de l'endartérite oblitérante. Il est probable que ces nodosités étaient des granulations tuberculeuses.

H. LELOIR.

**I. — Note sur un cas de pseudo-paralysie infantile, par TROISIER** (*Progrès médical*, 12 *mai* 1883).

**II. — Pseudo-paralysie syphilitique chez une petite fille de deux mois et demi, par MILLARD** (*Gaz. des hôpitaux*, 17 *mai* 1883).

I. — X..., âgé de 7 semaines, entré à l'hôpital le 16 mars, pour une diarrhée intense avec bronchite grave et amaigrissement, présente diverses manifestations de la syphilis héréditaire, roséole, coryza, alopécie, etc. Il a de plus une pseudo-paralysie du membre supérieur gauche, lequel est complètement immobile, tombe comme une masse inerte; on y remarque cependant quelques légers mouvements des doigts et du biceps brachial. La sensibilité était conservée. Cette impotence, au dire de la mère, remontait à huit jours. Le soir, on remarque que les membres inférieurs commençaient à se prendre. L'enfant mourut le soir même.

A l'autopsie, on trouve l'humérus droit sain ; à gauche, il existe une mobilité anormale à l'union de l'épiphyse supérieure et de la diaphyse. Sur une section longitudinale de l'os, le cartilage se présente complètement décollé de la diaphyse, il n'est maintenu en place que par le périoste et la capsule fibreuse de l'articulation ; entre les deux surfaces, il y a un détritus offrant l'apparence du pus, composé de cellules cartilagineuses et osseuses désagrégées, et de débris de fibro-cartilage. La diaphyse présente l'atrophie gélatiniforme, décrite par Parrot, caractérisée par la diminution de consistance et la coloration jaunâtre du tissu spongieux, surtout à l'extrémité supérieure.

Cette lésion se retrouve sur presque tous les os longs, extrémité inférieure de l'humérus droit, tibias, fémurs ; sur ces derniers os, une légère traction suffit pour disjoindre les cartilages épiphysaires de la diaphyse.

On constate à la surface de différents os, tibias, fémurs, une couche ostéophytique peu épaisse, premier degré des altérations osseuses de la syphilis héréditaire. Il existe en outre des lésions viscérales, foie avec grains de semoule, hépatisation blanche du poumon, etc. H. L.

II. — Fillette de 2 mois et demi, atteinte de paralysie du bras gauche survenue sans cause appréciable. On songe d'abord à une paralysie spinale infantile ; mais bientôt la véritable cause, la syphilis, est révélée par l'éclosion d'accidents spécifiques chez la mère : chez celle-ci, la transmission de la maladie s'était faite trois ans après l'apparition du chancre chez le mari, qui, cependant, avait suivi un assez long traitement. Le traitement spécifique fait disparaître les accidents paralytiques.

A cette observation, que nous venons de résumer, M. Millard ajoute quelques réflexions et attire l'attention sur les points suivants :

1° La transmission de la syphilis à la mère et à l'enfant, dès la première fécondation, malgré le traitement très long et très complet suivi par le père, et bien que ce dernier n'ait jamais plus présenté, depuis le mariage, assure-t-il, aucune trace de la maladie ;

2° L'insidiosité et l'apparition rapide de la pseudo-paralysie chez l'enfant, qui avait les apparences de la santé et n'offrait également aucun des signes extérieurs de la syphilis héréditaire ;

3° L'erreur de diagnostic qui en est résultée, et qui, certainement, aurait pu être évitée ;

4° La nécessité d'un traitement très long de plusieurs années, pour les parents, comme pour les enfants contaminés ;

5° L'efficacité du sirop de Gibert et la tolérance parfaite avec laquelle il fut supporté pendant six ans. OZENNE.

**A case of hemiparaplegia spinalis, par MACKENZIE** (*The Lancet*, 9 *juin* 1883).

Un homme de 38 ans s'aperçoit, au mois de juin 1880, d'un peu d'engourdissement de la jambe droite : bientôt après, disparition de la puissance génitale, rétention incomplète d'urine nécessitant l'emploi de la sonde, paresse du rectum. Au mois de novembre, la jambe gauche s'est affaiblie progressivement au point qu'il est obligé de la traîner contre le sol en marchant. Le 13 décembre, on constate : paralysie presque complète de la jambe gauche ; diminution notable de la sensibilité dans la jambe droite et la moitié droite du ventre jusqu'au niveau de la douzième côte, avec analgésie et thermo-anesthésie, celle-ci poussée au point que le malade s'est brûlé fortement le genou contre son poêle sans en avoir conscience ; exagération considérable des réflexes cutanés et tendineux du membre inférieur gauche. La miction est fréquente et assez difficile; le malade ne vide pas complètement sa vessie, il y a un peu de relâchement du sphincter anal. L'intelligence est intacte; aucun phénomène du côté des membres supérieurs; intégrité parfaite des organes des sens. Le malade prétend n'avoir pas eu la syphilis ; cependant il dit avoir perdu ses cheveux tout d'un coup il y a quelques années; il porte dans l'aine gauche deux petites cicatrices sans caractère ; du reste, les téguments sont intacts. — Un mois plus tard, le malade se plaint d'une hyperesthésie en ceinture, formant une bande plus large à gauche qu'à droite et située un peu plus haut; il est impossible d'en fixer nettement les limites à cause de l'extrême variabilité des impressions ; au même point, le malade accuse tantôt de l'hyperesthésie, tantôt de l'anesthésie. La sensibilité dans tous ses modes est entièrement abolie dans la jambe droite, un peu affaiblie à la jambe gauche. Celle-ci est toujours entièrement paralysée, tandis que la jambe droite conserve assez de force.

Les réflexes, très exagérés à gauche, sont aussi légèrement augmentés à droite.

La percussion au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire est extrêmement douloureuse. On diagnostique une tumeur (gomme syphilitique ?) comprimant la moitié gauche de la moelle lombaire et commençant à empiéter sur la moitié droite.

Le malade est mis au traitement antisyphilitique et les phénomènes s'améliorent peu à peu. Un an plus tard, on constate l'état suivant : santé générale bonne; motilité de la jambe droite intacte, jambe gauche très faible et un peu roide ; sensibilité parfaite de la jambe gauche, sensations subjectives de froid et obtusion de la sensibilité sans anesthésie dans la jambe droite ; exagération des réflexes des deux côtés ; pas d'atrophie musculaire ; miction toujours très difficile ; le malade ne peut vider complètement sa vessie qu'à condition de s'accroupir et d'introduire son doigt dans l'anus ; l'urine sort aussitôt en jet, sans que le malade ait la sensation de son écoulement. Il y a un peu de relâchement du sphincter, sans incontinence.

Il est bien évident d'après cela qu'il s'agissait d'une gomme qui s'est résorbée, mais qui, attaquée trop tard, a laissé derrière elle du tissu scléreux.

H. BARTH.

**Ueber syphilitische Neuralgien, par SEELIGMÜLLER** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 43, 1883).

Les névralgies syphilitiques, qu'il ne faut pas confondre avec les douleurs dues aux affections des os et du périoste, s'observent communément, d'après Fournier, sur le sus-orbitaire et le sciatique ; elles

peuvent intéresser aussi les intercostaux, l'occipital interne, le plexus brachial.

A ces différentes variétés de névralgie, l'auteur en ajoute une nouvelle qui se rapporte à l'auriculo-temporal et à l'occipital externe. Elle se caractérise par l'existence d'une zone douloureuse qui s'étend d'une oreille à l'autre en passant sur le sommet de la tête, comme fait le peigne des petites filles. Cette zone est large de deux ou trois travers de doigts.

Cette névralgie peut apparaître deux ans après le chancre, mais parfois elle est plus tardive et peut se manifester seulement au bout de quinze ans. L'auteur la considère comme invariablement liée à la syphilis et lui accorde la valeur d'un symptôme pathognomonique, qui permet dans certains cas le diagnostic rétrospectif.

Il cite à l'appui de cette assertion une femme de 26 ans, chez qui la névralgie caractéristique a résisté pendant quatre semaines à divers traitements. Les accès, violents surtout la nuit, empêchaient tout sommeil malgré la morphine et le chloral. La malade nie tout antécédent vénérien; elle n'offre, en fait de stigmate syphilitique, qu'un léger gonflement des ganglions sous-maxillaires et quelques taches lenticulaires grisâtres à la face antérieure des avant-bras. Le médecin prescrit 1gr,80 d'iodure de potassium par jour.

Au bout de deux jours, les douleurs diminuent notablement, la patiente peut dormir. Après dix jours, la névralgie est guérie. Plus tard, surviennent, malgré l'administration du mercure, des exanthèmes spécifiques et des ulcérations bucco-pharyngées qui viennent encore témoigner de l'exactitude du diagnostic. L. GALLIARD.

**Ueber die luetische Phthisie (De la phtisie syphilitique), par SOKOLOWSKY** (*Deutsche med. Woch.*, *nos* 37, 38 *et* 39, 1883).

L'auteur admet deux formes distinctes de syphilis pulmonaires : la première est la moins commune, c'est le néoplasme, la gomme syphilitique survenant chez des sujets qui n'offrent aucune autre manifestation de la diathèse et qui jouissent en apparence d'une bonne santé. On trouve chez eux des signes d'induration ou de destruction du parenchyme dans un espace limité; il y a de la toux, une dyspnée assez intense, quelques crachats, mais pas de fièvre, de sueurs ni de diarrhée. La guérison peut être obtenue si on fait le diagnostic assez tôt et si la médication spécifique est administrée en temps utile. Cette forme est plus rare que ne semblent l'admettre les auteurs qui se hâtent parfois de déclarer guéris des sujets simplement améliorés.

La seconde forme est la pneumonie syphilitique, beaucoup plus fréquente que la première, et mérite le nom de phtisie pulmonaire syphilitique. Elle coïncide avec des altérations d'autres organes : l'aorte, le foie, le larynx et ressemble à la phtisie vulgaire. Elle s'en distingue cependant par quelques caractères : l'absence ou du moins la discrétion des sueurs nocturnes, la plus grande intensité de la dyspnée allant parfois jusqu'aux crises d'asthme, la rareté des hémoptysies, la teinte jaune paille qui ferait penser au carcinome plutôt qu'à la tuberculose. Mais le caractère le plus important, c'est l'absence de fièvre hectique : la température, en effet, ne dépasse jamais 38°,5 et en général, l'apyrexie est complète.

Voici trois observations qui se rapportent à la seconde forme.

1° Sujet de 42 ans ayant eu, à l'âge de 26 ans, un chancre suivi de manifestations cutanées et pharyngées que le traitement a fait disparaître très vite. Depuis ce temps, rien de nouveau. Sa femme est morte, il y a 2 ans, de phtisie aiguë; de ses deux enfants, l'aîné est mort peu après la naissance, le second vit, mais il est scrofuleux.

Il y a 18 mois, frissons et fièvre, puis toux, dyspnée, amaigrissement. — Depuis 2 ans, voix rauque. Le sujet entre le 17 juillet 1881 à l'établissement de Naleuzow (Pologne). On trouve de la matité aux deux sommets; en avant, respiration obscure, craquements secs; en arrière, expiration soufflante, râles sonores. Dyspnée, bronchophonie, toux sèche sans crachats, rancité de la voix. On constate au laryngoscope une destruction complète des cordes vocales, des bourgeons charnus ressemblant aux polypes fibreux. Inappétence, vomissements. Pas de fièvre ni de sueurs nocturnes. Pas d'adénopathie.

Il faut remarquer ici l'absence de crachats, l'absence de fièvre, de diarrhée, le caractère des lésions laryngées qui, respectant la paroi postérieure et l'épiglotte, se localisent sur les cordes vocales; ces signes sont insolites dans la phtisie vulgaire.

Le médecin diagnostique une pneumophtisie syphilitique et donne le sublimé et l'iodure de potassium. Au bout de dix jours, il note déjà de l'amélioration. Le 6 août, le malade a gagné 8 livres. Le 16 août, on constate que tous les signes rationnels sont atténués, mais les symptômes physiques ne s'améliorent pas, on trouve même du gargouillement sous la clavicule droite. Les lésions laryngées persistent. Malgré la persistance de ces altérations, l'état général est si bon que le patient part le 1er septembre.

A la fin de décembre, l'auteur revoit le patient dont l'état, depuis un mois, s'est considérablement aggravé : maigreur extrême, œdème des membres inférieurs, ascite. Peu de dyspnée, quelques crachats purulents; albuminurie.

Mort le 8 janvier.

*Autopsie.* — Les os du crâne sont épaissies et leur face interne est rugueuse. Le larynx présente de larges ulcérations latérales avec granulations, destruction des cordes vocales, mise à nu des cartilages aryténoïdes (nécrose du larynx). Au sommet du poumon droit, caverne de cinq centimètres de diamètre à parois lisses et plus bas seconde caverne plus volumineuse. Pneumonie interstitielle des lobes inférieurs et moyen.

A gauche nodosités dures fibreuses dans lesquelles pénètrent les bronches également indurées. Le sommet, constitué par du tissu fibreux, contient une cavernule remplie de pus, à parois rugueuses. On trouve dans le lobe inférieur plusieurs nodosités saillantes à la surface de l'organe et parfaitement distinctes du parenchyme environnant. Adhérences pleurales des deux côtés.

Endocardite et atrophie du cœur.

Dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, des reins.

2° Jean B., 47 ans, entre le 7 février 1881 à la clinique du professeur Lambl. Il a eu un chancre à l'âge de 32 ans, puis roséole, ulcères pharyngés, iritis. Traité par les frictions mercurielles et guéri de ces manifestations il n'a plus éprouvé que quelques douleurs osseuses.

Depuis 2 ans, toux fatigante et dyspnée; depuis quelques mois, expectoration abondante et amaigrissement.

Il a peu de fièvre 38°,5 au plus, il crache peu. Aux deux sommets, matité, souffle caverneux. gargouillement. L'épiglotte et la paroi postérieure du larynx sont rouges et gonflées; quelques petites ulcérations sur les cordes vocales. Albuminurie.

Mort le 7 mars.

*Autopsie.* — Adhérences pulmonaires. Les sommets offrent des cavernes de dimensions variables; dans les autres parties du parenchyme, néoforma-

tions fibreuses, surtout autour des bronches. On ne trouve pas de foyers de broncho-pneumonie lobulaire.

Insuffisance des valvules mitrales, et rétrécissement de l'orifice. Endartérite déformante de l'aorte, gastro-entérite chronique, ulcération de la valvule de Bauhin, néphrite double.

3° Alexis W., 29 ans, employé des postes entre 17 novembre 1881, à la clinique du professeur Lambl. A l'âge de 26 ans, il a souffert de fièvre intermittente et de dysenterie, puis il a contracté un chancre induré suivi de roséole. Traité par le mercure, il a commencé, quelques mois plus tard, à tousser.

Depuis quatre mois, diarrhée profuse. Il y a quatre semaines, hémoptysie abondante.

Signes de caverne aux deux sommets; peu de crachats, pas de fièvre, albuminurie.

Mort le 4 janvier.

*Autopsie.* — Cavernules aux deux sommets, péribronchite, broncho-pneumonie fibreuse. Dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et des reins. Colite chronique ulcéreuse. L. GALLIARD.

**Syphilis pulmonaire; gomme du vagin; nécrose du frontal, par GIRAUDEAU** (*Ann. de dermat. et de syphil.*, *p.* 652, 1882).

Femme de trente-cinq ans, présentant, à la partie moyenne du poumon gauche en arrière, les signes stéthoscopiques d'un foyer caséeux en voie de ramollissement. En outre, fièvre continue avec exacerbation vespérale, sueurs nocturnes, amaigrissement progressif. On porta le diagnostic de la tuberculose. Un écoulement muco-purulent abondant conduisit à l'examen au spéculum et celui-ci montra dans le cul-de-sac latéral droit du vagin une ulcération syphilitique tertiaire (bords taillés à pic, forme ronde, bourbillon jaunâtre). Cette découverte fit changer le diagnostic et le traitement. On remplaça l'huile de morue par le sirop de Gibert. Peu après, l'apparition d'une périostose crânienne et la guérison rapide des accidents confirmèrent le nouveau diagnostic. H. DANLOS.

**Syphilis héréditaire tardive. Perte de substance du voile du palais et ulcération de l'amygdale gauche chez un enfant de dix ans, par NOQUET** (*Bulletin médical du Nord, avril* 1883).

L'auteur a observé, en décembre 1881, un enfant de 10 ans, qui présentait les lésions et troubles suivants :

La luette avait disparu, près du bord libre du voile du palais, à sa partie moyenne se trouvait une perte de substance ressemblant à un triangle équilatéral de 1 centimètre de diamètre; la base de ce triangle répondait au bord libre; les deux autres côtés étaient réunis par un pont de tissu sain, épais d'un millimètre, le contour de la perte de substance était taillé à l'emporte-pièce.

Sur l'amygdale gauche siégeait une ulcération grise, circulaire, à bords nets, large d'un centimètre. L'arrière-cavité était remplie de mucosités visqueuses, mais sa muqueuse était saine.

Les dents étaient toutes opaques, brunes, petites ; les incisives supérieures avaient leur surface irrégulière et leur bord libre crénelé; le bord des inférieures était également crénelé.

Le début du processus ulcératif remontait à 5 mois; la luette d'abord était tombée, puis était survenue la perte de substance du voile, puis de l'amygdale. On les avait combattues sans succès par des cautérisations et un traitement interne (huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer).

Les aliments refluaient par le nez. On ne trouvait sur le corps ni éruption, ni cicatrice; pas d'antécédent pathologique personnel; la mère niait tout antécédent syphilitique pour elle et son mari.

En tenant compte du traitement anti-scrofuleux infructueux, de l'altération des dents, l'auteur arriva au diagnostic de syphilis héréditaire tardive et prescrivit le sirop de Gibert, une cuillerée à bouche par jour, plus des badigeonnages au nitrate d'argent.

Au bout de 3 mois, le catarrhe nasal avait disparu, l'amygdale était cicatrisée et la perte de substance du voile du palais diminua; les aliments ne refluaient plus par le nez. La guérison a persisté. H. L.

**Gummata of the tongue in hereditary syphilis, par LLOYD** (*The Lancet*, 14 *avril* 1883).

Fille de 18 ans, grande, pâle, à peau rugueuse, à lèvre supérieure épaisse, à dents mal développées, en chevilles, mais sans encoche; kératite interstitielle chronique des deux yeux; aucune trace de syphilis acquise. Sur le côté gauche de la langue, à trois centimètres environ de la pointe, ulcère profond, irrégulièrement circulaire, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, à bords coupés à pic et à fond jaunâtre, avec induration mal limitée. Plus en arrière, vers le milieu de la moitié gauche de la langue, cavité irrégulière, remplie par un noyau gommeux du volume d'un petit haricot et ressemblant à du caoutchouc jaunâtre. Au niveau du bord droit, autre ulcère semblable à la première. L'une et l'autre avaient commencé par des nodules arrondis qui avaient fini par s'ouvrir, donnant issue à une masse jaune. — La malade fut traitée par l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour, associé au citrate de fer ammoniacal.

En quelques jours, la masse gommeuse se détacha et tomba, et au bout de six semaines, toutes les ulcérations étaient cicatrisées. La kératite interstitielle disparut également un peu plus tard. H. BARTH.

**Zur Lehre von den luetischen Gelenkleiden (Trois cas d'arthropathies syphilitiques), par R. FALKSON** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 25, *p.* 375, 18 *juin* 1883).

1er *cas*. Homme de 34 ans; chancre préputial en 1870, qui n'aurait été suivi d'aucune manifestation secondaire.

En octobre 1881, gomme du conduit nasal droit, ulcération du voile du palais et tuméfaction du côté externe de l'articulation huméro-cubitale droite.

Examen en avril 1882 : polyadénite indolente; tuméfaction du condyle huméral externe, qui a presque le double de son volume normal et une consistance intermédiaire entre celle de l'os et d'une gomme; intégrité et mobilité de la peau susjacente. Un peu de gonflement de la capsule sur les côtés de l'olécrâne; pas d'épanchement. Le coude, dans la flexion à 100°, ne peut être ni complètement fléchi, ni complètement étendu. Les mouvements de l'articulation radio-humérale sont normaux, mais accompagnés de crépitation.

Frictions mercurielles et mouvements imprimés à la jointure. Au bout de 30 frictions, le malade était complétement guéri de toutes ces manifestations syphilitiques.

2e *cas*. Analogue au précédent; mais l'auteur hésite entre une syphilis héréditaire et une syphilis acquise vu les anamnestiques.

A l'âge de 6 ans, le malade fut, avec son père, sa mère et une sœur, traité pour la syphilis; la mère mourait au bout d'une quinzaine de jours. Le père, après s'être remarié (et avoir eu 3 nouveaux enfants, dont 2 sont vivants), a succombé à une affection pulmonaire.

Pendant 6 ans, le malade jouit d'une parfaite santé; mais, il y a 4 ans, à l'âge de 12 ans, il vit, à la suite d'une contusion, se développer un épaississement du tibia droit. Enfin, en août 1882, début de tuméfaction au coude.

État en janvier 1883 : dents normales, aucune cicatrice, quelques ganglions indolores. Le tibia droit, très augmenté de volume dans ses deux tiers supérieurs, est, en outre, de 2 centimètres plus long que le gauche, tandis que les deux péronés sont de même longueur.

Le membre supérieur droit est atrophié; la circonférence brachiale compte 2 centimètres de moins qu'à gauche. Les mouvements de l'épaule sont libres, mais s'accompagnent de crépitation. Le condyle huméral externe a un volume de 1 centimètre 1/2 plus considérable que le gauche; il est très douloureux à la pression. Le coude est fléchi à angle droit.

La pronation et la supination sont douloureuses et accompagnées de craquements.

Même traitement, également efficace.

Ces deux premiers cas sont des exemples d'arthropathies liées à une ostéite épiphysaire que l'auteur croit être de nature gommeuse. La tendance à l'ankylose est marquée, n'épargnant que l'articulation radio-humérale. Les douleurs spontanées n'existent que pendant la nuit ou pendant un travail pénible. Les douleurs à la pression sont limitées au condyle malade. Le traitement doit être double, à la fois spécifique et mécanique, pour s'opposer à l'ankylose.

3e *cas*. Tout différent. Ici, il s'agit d'une sorte de tumeur blanche dont l'étiologie est seule caractéristique, et la première indication thérapeutique doit être l'immobilisation de la jointure.

Garçon de 11 ans, premier-né de parents syphilitiques. Pendant sa grossesse, la mère présentait des accidents secondaires. Après lui, elle eut 5 enfants, tous morts dans leur première année.

Ce jeune malade a eu d'abord de nombreuses éruptions et ulcérations. Depuis de longs mois, il a les yeux atteints. Enfin, depuis 8 mois, gonflement et sensibilité du genou droit.

État actuel : Larges cicatrices blanches, mobiles, de la région parotidienne gauche et du genou gauche ; kératite parenchymateuse double, encore en pleine évolution à droite. — Dents normales.

Genou droit très tuméfié; épaississement de la capsule, qui, au moment de la flexion, vient faire une forte saillie aux deux côtés de la rotule; épanchement insignifiant. Sensibilité générale et diffuse à la pression. Mouvements douloureux, lents, mais ayant conservé toute leur amplitude. En marchant, le jeune garçon évite de fléchir son membre. Le traitement spécifique a déterminé rapidement une amélioration notable. (*R. S. M.*, VIII, 285; XV, 261; XVII, 207; XX, 653; XXI, 250 et 251.) J. B.

**Étude sur le condylome anal, par LERMOYEZ** (*Ann. de dermat. et de syphil p.* 708, 1882).

Rejetant de son étude les végétations, lésion essentiellement épidermique, l'auteur décrit exclusivement le condylome par hypertrophie du derme. Il en distingue deux variétés : condylome syphilitique, condylome chancreux. Le condylome syphilitique n'est qu'une plaque muqueuse végétante péri-anale. Elle doit son volume à l'irritation dont elle est le siège (matières fécales, etc.) et sa forme aux caractères anatomiques de la région (plis radiés). Elle constitue un bourgeon plein présentant sur toutes ses

faces l'érosion opaline caractéristique des plaques muqueuses qui existent simultanément avec leurs caractères ordinaires à la vulve.

Le condylome chancreux est lié au chancre mou. Il se développe au côté externe du chancre sans être couronné par lui, comme le condylome syphilitique par la plaque muqueuse. La cause de son développement est encore l'irritation. Ne se produisant que dans la portion périphérique du chancre, il le soulève en se développant de manière que l'éminence condylomateuse présente deux faces, une anale interne ulcérée et chancreuse, l'autre externe cutanée. Grâce à la pression des fesses, l'éminence se replie au milieu et les deux moitiés de la surface chancreuse s'accolent, d'où un aspect de gouttière et la dénomination de chancre en feuillet. Par suite de la réalisation presque constante de causes d'irritation productrice, tous les chancres mous de l'anus se compliquent de condylome, et réciproquement l'on peut conclure d'un condylome ayant cet aspect à l'existence d'un chancre mou. C'est du dixième au quinzième jour du chancre que se développe le condylome.

Le condylome n'étant que la conséquence de la plaque muqueuse ou du chancre mou, c'est non à lui, mais à l'élément générateur que le traitement devra s'adresser. On emploiera contre la plaque muqueuse le nitrate d'argent et contre l'ulcération chancreuse l'iodoforme ou l'acide pyrogallique.

H. DANLOS.

**Untersuchungen über die Natur, Herkunft und klinische Bedeutung der Urethralfäden (Recherches sur la nature, le mode de production et la signification clinique des filaments uréthraux) par FUERBRINGER** (*D. Arch. f. klin. Med. Bd I*, 75, 1883).

Les filaments uréthraux sont constitués par des détritus épithéliaux agglutinés par de la mucine. Ils renferment aussi une certaine quantité de globules blancs. Fuerbringer les a étudiés histologiquement et dans une première partie de son travail, il expose leur composition ; dans une seconde, il cherche à déterminer leur valeur séméiologique.

Les filaments uréthraux (filaments de la chaudepisse) se présentent sous forme de filaments proprement dits, plus ou moins allongés, plus ou moins réguliers, et sous forme de flocons, de globules, de gouttelettes.

Ils renferment toujours une certaine quantité de cellules arrondies, semblables aux leucocytes. Les cellules épithéliales peuvent être larges, aplaties ou au contraire cylindriques. Les détritus d'épithélium, stratifié, pavimenteux sont de beaucoup plus fréquents. Les filaments composés de cellules cylindriques sont beaucoup plus rares. Cela est dû sans doute aux transformations pathologiques qu'ont subies ces éléments.

Les filaments sont toujours riches en mucine ; c'est cette substance qui constitue le ciment interépithélial. Les flocons et les gouttelettes doivent souvent leur aspect à l'absence de mucine, de là leur différence facile et leur désagrégation par agitation.

Ces filaments subissent diverses dégénérescences ; les plus fréquentes sont les dégénérescences graisseuse et hyaline. Les filaments hyalins se colorent fortement par l'iode : ils sont iodophiles. Leur signification est, du reste, à peu près nulle, puisque les cellules épithéliales hyalines et iodophiles se rencontrent à l'état normal.

Indépendamment de la mucine, il semble exister de la globuline dans le substratum des filaments uréthraux. Il s'agit, en tous cas, d'une substance albuminoïde.

Quelle est la signification diagnostique de ces productions? On les rencontre surtout dans la gonorrhée. Au début de la blennorragie, on trouve de larges cellules épithéliales qui viennent de la fosse naviculaire. C'est le stade initial, muqueux de la chaude-pisse. La suppuration l'emporte bientôt. Les filaments réapparaissent à la phase terminale et dans la blennorrhée.

On les trouve aussi dans l'uréthrite non virulente. Dans la prostatorrhée enfin, les filaments, composés de cellules épithéliales cylindriques, sont assez fréquemment observés pour que leur présence ait une certaine valeur diagnostique. A. M.

**Recherches anatomo-pathologiques sur les inflammations métastatiques suppuratives à la suite de la gonorrhée, par H. MARTIN (de Vevey)** (*Thèse de Genève*, 1882).

Il s'agit d'un cas d'infection purulente spontanée en apparence et survenue chez un individu atteint de blennorragie quelque temps auparavant.

L'autopsie montra des infarctus suppurés viscéraux (reins) et musculaires (psoas); des foyers gangréneux du poumon et une endocardite végétante de la mitrale. Dans les foyers métastatiques se trouvaient des colonies de micrococcus très analogues à ceux décrits par Neisser et Aufrecht. Le point de départ des accidents était une vésico-prostatite suppurée.

La muqueuse uréthrale n'offrait rien de particulier, on voyait dans la vessie une hyperémie très forte.

L'auteur rapporte en outre des cas analogues observés par Jubiot, Meuriot, Desnos, Leyden, etc. (*Étude anatomo-pathologique très complète*, avec planches à l'appui). H. DANLOS.

**The treatment of pruritus urethræ during gonorrhea, par V.-L. AXFORD** (*J. of cut. and vene. diseases, avril* 1883).

Ayant découvert que le cathétérisme uréthral, à l'aide d'une grosse sonde d'étain, calmait instantanément le prurit uréthral blennorragique, l'auteur a recherché auquel des deux facteurs en action, distension ou réfrigération de l'urèthre, l'effet thérapeutique devait être attribué. L'usage des sondes molles et chaudes ayant donné les mêmes résultats, il conclut en faveur de la distension et pour éviter les dangers et les ennuis d'un cathétérisme indéfiniment répété (le soulagement n'étant que passager) il conseille en pareil cas la pratique suivante qu'il a essayée avec plein succès. Il suffit au malade de faire de temps en temps, pendant une ou deux minutes, un effort pour uriner et ayant soin de comprimer le gland. On obtient de cette manière la distension voulue et un soulagement immédiat. H. DANLOS.

# ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

**La pathologie de l'esprit, par H. MAUDSLEY. Trad. par GERMONT** (*Paris*, 1883).

Sous ce titre, ce n'est ni plus ni moins qu'un traité de pathologie mentale que M. Maudsley présente au public médical. Il est vrai de dire que dans ce cadre, déjà bien vaste pourtant, il a admis des chapitres très étendus sur les rêves, le somnambulisme, l'hypnotisme, l'extase et la catalepsie.

Ainsi donc l'auteur, après avoir examiné, dans le livre intitulé « *Physiologie de l'esprit*, » publié en 1876, le fonctionnement régulier des opérations de l'entendement, s'est proposé l'étude des états mentaux anormaux, en essayant de saisir, à ses différents degrés d'évolution, le processus de ces déviations.

On sait quelle élévation d'idées, quelle largeur de conception, l'auteur de « *Crime et folie* » apporte dans la discussion des problèmes les plus ardus des sciences médico-philosophiques ; il semble donc superflu de signaler ce volume de 600 pages, comme une œuvre de haute valeur. Sans prétendre à une analyse qui comporterait nécessairement des développements trop considérables, il convient d'indiquer, comme les deux chapitres les plus importants, ceux qui sont consacrés à l'étiologie, à la prophylaxie et à la symptomatologie de la folie en général. A l'exemple, en effet, d'un certain nombre d'auteurs de traités de pathologie mentale, M. Maudsley a cru devoir étudier les manifestations de la folie en général, avant d'exposer les symptômes offerts par chaque variété d'altération psychique.

Peut-être est-il permis d'avancer que le moraliste, le philosophe, le médecin légiste et, si l'on veut, l'hygiéniste trouveront mieux leur compte dans ces savantes considérations que, à proprement parler, le clinicien.

Dans l'énumération des causes de l'aliénation mentale, l'auteur s'est surtout préoccupé de mettre en valeur le fait que la folie est, en réalité, un phénomène social ; en conséquence, elle ne saurait être l'objet de recherches satisfaisantes et pratiques que si on l'étudie en se plaçant au point de vue de l'organisme social.

Un important sous-chapitre traite de la folie chez l'enfant ; suivant l'éminent professeur de médecine légale, les premières périodes du développement mental de l'enfant peuvent être rapprochées d'une manière générale des conditions permanentes de l'esprit des animaux, dont les actions sont réflexes et sensorio-motrices ; la folie infantile est donc, avant tout, une folie *sensorielle*.

Il serait injuste de parler de ce livre sans signaler tout le mérite qui revient à son traducteur, le docteur Germont, pour la façon remarquable dont il s'est acquitté de sa tâche.

PAUL GARNIER.

**Manuel des maladies mentales, par BRA** (*In-8°, Paris*, 1883).

Ainsi que le dit l'auteur, la science de la pathologie mentale ne possédait point encore de manuel : mais a-t-il eu bien raison de voir là un véritable désideratum? Ce n'est pas ici le lieu d'examiner la réponse qui pourrait être faite à cette question. Il convient de dire seulement que, entre toutes les parties de la médecine, la psychologie morbide se présente peut-être comme la plus rebelle à ce travail d'excessive condensation qu'exige ce genre de publication.

A ne considérer que la difficulté de l'entreprise, il y aurait donc lieu de féliciter l'auteur d'avoir eu le courage de se mettre à l'œuvre, pour une semblable tâche, dans le dessein de combler ce qui lui a paru être une lacune regrettable.

De tels livres ne sauraient se prêter à une analyse : signaler leur apparition, indiquer le plan qui a présidé à la disposition générale des matériaux, c'est à cela que doit se borner un compte rendu qui ne dispose que d'un espace très limité. Prétendre à plus, serait vouloir aboutir à la reproduction de la table des matières.

Après s'être occupé dans un premier chapitre intitulé : « De quelques éléments de la folie », des illusions et hallucinations, de l'automatisme, des impulsions, l'auteur décrit successivement : 1° les folies vésaniques (mélancolie, manie, folie circulaire, le délire des persécutions, la folie religieuse, la folie du doute, la dipsomanie) ;

2° Les folies névropathiques (épilepsie, hystérie, chorée, catalepsie, paralysie agitante, goitre exophtalmique) ;

3° Les folies diathésiques (rhumatismale, goutteuse, syphilitique, et tuberculeuse) ;

4° Les folies sympathiques (génitale, puerpérale) ;

5° Les folies toxiques (saturnisme, alcoolisme) ;

6° Les folies organiques (délire aigu, paralysie générale, démence) ;

7° Les folies congénitales ou morphologiques (idiotie, crétinisme).

Quelques conseils pratiques au sujet de l'interrogatoire des aliénés, ainsi que sur la manière de procéder pour découvrir la simulation de la folie, terminent le livre. PAUL GARNIER.

**Des manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral, par REPÉRÉ** (*Thèse de Paris, n°* 139, 1883).

Après avoir montré, à l'aide d'observations empruntées à différents auteurs, que les maladies aiguës, en général, et les pyrexies, en particulier, ont parfois donné naissance à des phénomènes hystériques, l'auteur se préoccupe de montrer que le rhumatisme articulaire aigu est capable de provoquer des manifestations de cette névrose, accidents qui pourraient donner lieu à une méprise et faire croire à des déterminations rhumatismales encéphaliques.

Il cite à l'appui de son assertion quatre observations. Il en résulte qu'avant tout on devra se baser, pour le diagnostic et partant pour le prognostic, sur l'absence de l'hyperthermie et la connaissance des troubles nerveux antérieurs. P. G.

**Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par BOURNEVILLE, BONNAIRE et WUILLAMIÉ** (*Paris*, 1882).

Dans la première partie de cet ouvrage, le lecteur trouvera l'exposé des améliorations introduites dans le service des épileptiques et des idiots de Bicêtre.

Une deuxième partie comprend l'ensemble de diverses notes ou observations cliniques et thérapeutiques qui ont déjà paru, notamment dans le *Progrès médical* et les *Archives de neurologie*.

Parmi les observations qu'elle renferme il convient de signaler un cas d'idiotie avec sclérose tubéreuse ou hypertrophique des circonvolutions cérébrales, lésion anatomique sur laquelle le médecin de Bicêtre a attiré l'attention dans ces dernières années.

L'ouvrage se termine par la relation d'une épidémie de rougeole observée dans la section des enfants, au cours de l'année 1881.

PAUL GARNIER.

**Onanisme avec troubles nerveux chez deux petites filles, par ZAMBACO** (*L'Encéphale*, 1882).

L'auteur rapporte, avec beaucoup de détails, une observation fort intéressante d'une véritable névrose caractérisée par un désir impérieux, une impulsion absolument irrésistible de se masturber, en dépit de toutes les mesures coercitives.

Dès que l'excitation génésique s'éveillait, il fallait à tout prix qu'elle fût suivie du spasme voluptueux; tout obstacle apporté à cette satisfaction était l'occasion d'une véritable crise maniaque. Les ruses mises en œuvre dans le but de tromper la vigilance sont inimaginables. Les deux fillettes, dont l'aînée, âgée de 10 ans, avait été l'éducatrice de sa jeune sœur, âgée seulement de 4 ans, étaient parvenues l'une et l'autre à se procurer l'orgasme final, par une contraction des muscles du périnée et de l'anneau vulvaire. Alors que ces enfants étaient absolument immobilisées et dans l'impossibilité de produire aucun frottement, grâce à des appareils fort complexes, on pouvait les voir opérer, par un jeu de tous ces muscles, le rapprochement cadencé des grandes lèvres, qui se manifestait par un claquement que l'on entendait à une certaine distance, manœuvre à l'aide de laquelle le but était atteint.

Des hallucinations multiples, des troubles délirants nombreux font certainement de ces deux enfants des aliénées précoces. Il est regrettable que l'auteur ne fasse pas remarquer si, dans ce cas, il existait de l'hérédité morbide, ce qui paraît probable.

La cautérisation du clitoris au fer rouge a donné seule des résultats satisfaisants, les autres moyens thérapeutiques ont complètement échoué.

PAUL GARNIER.

**Contribution à l'étude de l'évolution des maladies intercurrentes chez les épileptiques bromurés, par LE GENDRE** (*France médicale*, 16 *décembre* 1882).

D'un certain nombre d'observations recueillies à la Salpêtrière, l'au-

teur conclut que, chez la plupart des épileptiques soumis à l'influence habituelle du bromure de potassium, l'évolution des affections intercurrentes est souvent modifiée, surtout à leur début. L'état réel du malade est masqué par une apparence plus ou moins typhoïde, et il est prudent d'attendre, pour affirmer diagnostic et pronostic, que le brome ait été éliminé en partie.

D'autre part, après qu'une maladie fébrile est venue interrompre pendant un certain temps le traitement bromique, il faut se hâter de reprendre celui-ci dès que la convalescence s'établit. On doit, en effet, s'attendre à voir les attaques épileptiques reparaître avec une intensité et une fréquence d'autant plus grandes qu'elles ont manqué plus longtemps.

GASTON DECAISNE.

**Note sur la pathogénie des hallucinations à propos d'un cas d'hallucinations volontaires psycho-sensorielles chez une aliénée, par PARANT** (*Ann. méd. psych.*, 1882).

La malade qui fait le sujet de cette intéressante observation est atteinte d'une vésanie caractérisée par des idées de persécutions et des hallucinations auditives très actives. Au sujet de ces dernières, la particularité que l'auteur s'est proposé de signaler consiste dans une sorte d'adaptation, d'accommodation psychique préalable pour la production du phénomène hallucinatoire : la malade se formule inconsciemment à elle-même ce qu'elle désire et ainsi mentalement disposée, elle interpelle des êtres imaginaires « ses majors », comme elle les désigne, et ceux-ci lui font alors des réponses conformes à ses idées préconçues.

Ces réponses préparées d'avance, prennent corps aussitôt que la question a été faite et, par suite des conditions morbides, deviennent une hallucination véritable, d'après l'interprétation donnée par le Dr Parant, le système sensoriel ne fonctionne qu'après le stimulus psychique spontané et inconscient.

PAUL GARNIER.

**Essai sur les hallucinations par GAULTIER DE BEAUVALLON** (*Thèse de Paris, n° 274, 1883*).

Après un exposé des théories diverses qui ont cours dans la science pour l'explication du phénomène hallucinatoire, l'auteur se déclare partisan de la théorie psycho-sensorielle ; pour lui, il y a toujours une lésion quelconque des appareils sensoriels. Toutefois, il lui semble nécessaire d'établir une distinction entre les cas où ces appareils sont directement ou secondairement atteints : les hallucinations, troubles constamment psycho-sensoriels, doivent donc être divisées en hallucinations directes et réflexes. Dans ces dernières, l'organe conducteur n'est atteint que par réflectibilité cérébrale. L'auteur s'efforce de différencier par des caractères physiologiques et cliniques ces deux modalités dans la pathogénie des hallucinations. Quand le trouble est de nature réflexe, il est, dans une certaine mesure, compatible avec la raison : la sensation y est précise et nette d'ordinaire. S'agit-il, au contraire, d'un phénomène hallucinatoire prenant sa source dans l'organe conducteur primitivement lésé, la sensation est vague, confuse et il faut un esprit troublé pour y voir l'objet qui réclame une conception délirante qui l'habille à son gré.

PAUL GARNIER.

**Contribution à l'étude du délire intermittent, par TAGUET** (*Annales méd. psych.*, 1882).

L'intermittence qui est généralement considérée comme un symptôme, une manière d'être appartenant à une foule de maladies mentales, caractérise une affection de nature héréditaire, identique dans ses manifestations chez le même sujet, quel que soit le nombre des crises.

D'après l'auteur il y a donc lieu de décrire comme une entité morbide le délire intermittent essentiel, plus spécialement caractérisé par une surexcitation passagère de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté, que précède un état de tristesse insolite et que suit une période de calme pendant laquelle le malade recouvre toute l'intégrité de ses facultés physiques et intellectuelles. Après avoir exposé la physionomie propre à cette variété de trouble mental, le Dr Taguet s'efforce de bien le différencier de la folie à double forme, de la folie impulsive, de la manie hystérique, et de l'épilepsie larvée. P. G.

**De l'imitation dans ses rapports avec la folie communiquée, par MARANDON DE MONTYEL** (*L'Encéphale*, 1882).

L'irritation, tant physique que morale, pourrait être définie : le besoin éprouvé par la cellule nerveuse de reproduire ce qui l'impressionne.

Mais si l'on abandonne la physiologie pour la pathologie, on voit l'irritation morbide obéir à la même loi de réflectivité automatique. De même que les cellules cérébrales douées de propriétés émotives répondent à l'appel de l'exemple, pourquoi, se demande l'auteur, ne réagiraient-elles pas de la même manière sous l'influence d'une impression morbide, *quand elles sont en quête d'une occasion de délirer?* car, pour que cette influence s'exerce, il faut qu'elle rencontre un terrain propice, un organisme prédisposé.

Grâce à ce correctif, l'opinion de l'auteur ne trouvera point d'opposants, mais il était indispensable de faire cette réserve, car, sans la prédisposition, l'irritation ne saurait créer de toutes pièces un délire, le premier de ces deux facteurs ne pouvant se passer de l'autre, le second, au contraire, ne réalisant rien sans le premier.

De ces considérations médico-philosophiques, et de la relation de quelques faits de folie communiquée, l'auteur dégage les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme de folie à deux, parfaitement caractérisée, que l'on doit désigner sous le nom de *folie communiquée*.

2° La folie communiquée n'est qu'un cas particulier de l'irritation.

3° Les folies épidémiques du moyen âge ne sont, en dernière analyse, que des folies communiquées.

4° La prédisposition peut être latente et exiger, pour se montrer, soit une impression d'une excessive violence, soit des impressions plus faibles, mais souvent et longtemps répétées.

5° La folie communiquée paraît puiser ses forces dans l'organisme même de la victime, et se laisser peu influencer par la séparation des codélirants. PAUL GARNIER.

**De la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune, par GULLERRE** (*Annales méd. psych.*, 1882).

Le but que se propose l'auteur est d'appeler l'attention sur un point de clinique, sur ce qui lui semble être une sorte de forme mixte, tenant à la fois de la paralysie générale et de la démence sénile, tant par suite des lésions anatomiques, qui sont doubles, que par suite des symptômes qui relèvent à la fois des deux affections. Il cite à l'appui de sa manière de voir un certain nombre d'observations de paralysie générale d'origine alcoolique, pour la plupart, ou tout au moins avec antécédents alcooliques. De ces faits se dégageraient les conclusions suivantes.

Il existe une forme de démence paralytique qui se caractérise à la fois par les lésions ordinaires de la méningo-encéphalite et par celles de la sénilité cérébrale, l'athérome, les anévrysmes miliaires, les foyers de ramollissement jaune. Elle se développe d'ordinaire à un âge avancé, suit une marche plus ou moins lente et peut se terminer rapidement à la suite d'une poussée congestive accompagnée d'excitation maniaque aiguë. On peut la diagnostiquer pendant la vie à l'aide du sphygmographe et par l'auscultation de l'aorte. Les symptômes psychiques et sympathiques tiennent en même temps de la démence sénile et de la paralysie générale.

Chez quelques déments séniles, il se produit des poussées congestives qui peuvent aboutir à l'inflammation de la couche corticale du cerveau et déterminer les lésions, au moins microscopiques, de la paralysie générale. Ce mouvement fluxionnaire peut très probablement rétrocéder dans certains cas et les symptômes de démence paralytique disparaissent alors, pour laisser le champ libre à la démence organique. P. G.

**Des lésions ophtalmoscopiques dans la paralysie générale, par DUTERQUE** (*Annales méd. psych.*, 1882).

En tenant compte des caractères spéciaux des altérations ophtalmoscopiques les plus communes, dans la paralysie générale, et des métamorphoses qu'elles impriment à la circulation profonde de l'œil, à sa nutrition, on peut assigner, dit l'auteur, à l'encéphalite interstitielle diffuse, trois périodes bien distinctes.

Dans la première période, on observe toujours l'inégalité pupillaire, la congestion pupillaire et la dilatation variqueuse des veines et artères rétiniennes.

Dans la deuxième période, on trouve de l'œdème papillaire et péripapillaire. Le disque de la papille est voilé toujours, masqué souvent par des nuages exsudatifs dont l'épaisseur est directement en rapport avec l'ancienneté de la maladie.

Dans la dernière période, le processus morbide, arrivé à sa terminaison, se traduit par une papille petite, plate, de couleur crayeuse; c'est l'*atrophie de la papille*, si l'on y joint l'atrophie choroïdienne, la présence d'hémorragies rétiniennes, la production de granulations très réfringentes sur la rétine et la choroïde, on aura parcouru le cycle si étendu des altérations de la paralysie générale. P. G.

**Sul tempo della dilatazione reflessa della pupilla nella paralisi progressiva degli alienati, etc. (Du temps de la dilatation réflexe de la pupille dans la paralysie progressive des aliénés et autres maladies des centres nerveux), par BUCCOLA** (*Riv. sper. di fr. e di med. leg., fasc.* 1, 1883).

Pour mesurer le temps du réflexe iridien, Buccola place l'individu de manière à ce que la pupille ne reçoive pas la lumière directe. Surveillant attentivement la pupille, il pique la main ou l'avant-bras du sujet, le moment de cette constatation est enregistré par un appareil galvanique en contact avec l'instrument qui a servi à faire la piqûre. A peine perçoit-il le début de la dilatation qu'il fait avec la main libre un mouvement qui interrompt le courant électrique. On a donc ainsi l'instant précis de l'excitation et le moment du début du réflexe iridien. A l'état normal, le temps qui s'écoule dans cet intervalle est de 850 millièmes de seconde (chiffre maximum), de 576 millièmes (chiffre minimum) de 605 (chiffre moyen). Chez quinze malades, Buccola a répété ces expériences et obtenu les chiffres suivants que nous résumons :

1° Premier stade de la paralysie générale;, moyenne : 1,027.
2° Deuxième stade, moyenne : 1,392.
3° Myélite lente et diffuse dans la pellagre, moyenne : 1,148.
4° Démence avec hémiplégie, moyenne : 1,160.
5° Sclérose en plaques, moyenne: 1,209.
6° Manie simple, moyenne : 0,716.
7° Folie hypocondriaque, moyenne : 0,737. F. BALZER.

**Note sur une altération du cerveau caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions, par BAILLARGER** (*Annales méd. psych., janvier* 1882).

On sait que les adhérences des méninges aux circonvolutions du cerveau sont l'une des lésions anatomiques les plus constantes de la paralysie générale. Mais l'altération qui fait l'objet de cette note est très différente, et la description peut en être ainsi résumée.

Dans quelques cas de paralysie générale, il s'opère, entre la substance grise et la substance blanche, une dissociation complète, les liens qui les unissent sont rompus : elles ne sont plus que juxtaposées. Une simple adhérence des membranes, sur le sommet de la circonvolution, suffit pour produire une véritable décortication qui se fait aussi nettement, et même plus nettement, dans le fond des anfractuosités que sur le relief des circonvolutions.

Dans les points où se rencontre l'altération, la substance blanche mise à nu est indurée, la substance grise enlevée est, au contraire, plus molle, les deux substances étant plus ou moins atrophiées.

Quand l'altération est au premier degré, l'enlèvement des membranes ne la fait pas découvrir; pour la constater, il est besoin d'un examen direct; on y parvient très bien en dirigeant un filet d'eau sur la ligne qui indique les limites de chacune des deux substances. PAUL GARNIER.

**Insanité dans la paralysie agitante, par B. BALL** (*L'Encéphale*, 1882).

D'après l'auteur, il conviendrait de classer la maladie de Parkinson parmi les névroses où les troubles de la motilité sont directement en rapport avec des perturbations psychiques. Il s'appuie, pour établir cette corrélation pathologique sur un certain nombre de faits dans lesquels non seulement cette combinaison des troubles intellectuels avec l'excitation motrice est manifeste, mais encore l'influence réciproque de l'une de ces manifestations morbides sur l'autre paraît évidente. En effet, sous l'influence du traitement, ou bien par suite d'une rémission spontanée de la maladie, voit-on les troubles de la motilité diminuer notablement; parallèlement on constate un véritable amendement dans les désordres psychiques.

Quant à la nature de cette perturbation mentale, on peut observer différents degrés dans l'altération des facultés, depuis la simple irritabilité jusqu'à de véritables accès d'aliénation mentale avec hallucinations multiples, idées mélancoliques et impulsions au suicide. La forme de ces manifestations psychiques est toujours dépressive, et l'intermittence est aussi un de leurs caractères. Dans quelques cas, c'est un état de démence et de demi-stupeur qui prédomine.

Examinant ensuite combien sont vagues encore nos notions, au sujet de l'anatomie pathologique de la paralysie agitante, le professeur Ball se montra disposé à localiser la lésion, soit organique, soit fonctionnelle, qui puisse expliquer les phénomènes observés pendant la vie, dans les couches corticales des hémisphères, et non point dans les parties inférieures de l'encéphale. PAUL GARNIER.

**Dipsomanie et alcoolisme, par Ch. LASÈGUE** (*Archives générales de médecine, septembre* 1882).

La dipsomanie et l'alcoolisme sont deux affections sans analogie, contrastant par leur étiologie, leur marche, leurs symptômes et leur terminaison, bien qu'elles se rencontrent sur le terrain commun de l'abus de l'alcool. Le dipsomane est un aliéné de la catégorie des raisonnants. Sa maladie procède par accès qui peuvent devenir subintrants, sans avoir rien de périodique. Chaque accès, et, par conséquent, chaque excès, le mène à une ivresse plus ou moins accentuée; il boit autant et plus que l'alcoolique et s'enivre, mais ne s'alcoolise pas. Jamais le dipsomane n'est atteint de tremblement, d'hallucinations, ni, à plus forte raison, de delirium tremens complet. L'alcoolisme tient plus des anomalies du caractère que des troubles cérébraux. L'alcoolique ne boit pas par accès, mais d'une manière continue; il ne s'enivre pas, mais l'imbibition par la boisson se faisant progressivement, provoque à la longue l'ensemble des symptômes et des accidents de l'alcoolisme chronique. Enfin, dernier trait, autant la dipsomanie est la maladie des gens du monde, autant l'alcoolisme est celle des classes populaires. P. MERKLEN.

**Méningite aiguë dans le délirium tremens, par M. Albert ROBIN** (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, *n°* 24, 1882).

L'auteur présente trois cas de délirium tremens terminés par méningite aiguë. Cette complication, signalée déjà par M. Jaccoud, ne serait qu'une évolution vers le sens inflammatoire de la congestion cérébrale qu'on constate dans toutes les autopsies. Voici les conclusions de l'auteur :

Le délirium tremens, non fébrile, peut, dans des circonstances encore assez rares, se terminer par méningite aiguë.

Dans les trois observations citées, cette méningite était localisée à la convexité du cerveau.

L'apparition de la méningite est caractérisée entre autres symptômes par une élévation rapide et assez considérable de la température axillaire ; par conséquent, la fièvre qui se déclare rapidement dans le cours du délirium tremens apyrétique acquiert une importance pronostique grave toute particulière et doit faire songer à la méningite quand on ne trouve pas d'autre affection qui puisse l'expliquer.

La marche de ces méningites terminales paraît plus rapide que celle de la méningite ordinaire. Leur expression symptomatique est parfois incomplète, mais elles peuvent cependant apparaître avec leurs signes cliniques habituels. MARCUS.

**Essai sur la pathogénie du crétinisme, par VERDAN** (*Thèse de Paris*, 1883).

L'auteur, né en Savoie, a été à même d'observer un certain nombre de goîtreux et de crétins. Ses études personnelles, diverses considérations anatomiques et physiologiques, certaines autopsies de Virchow, et enfin quelques expériences sur des animaux (chat, lapin,....) l'ont conduit à cette conclusion, qu'il donne, sinon comme absolument certaine, au moins comme très vraisemblable, à savoir : que si l'on est crétin ou menacé de crétinisme, c'est parce qu'au préalable on est goîtreux.

Le goître est produit par une cause locale attachée au sol même : cette cause, ce principe goitrigène n'est qu'un *miasme tellurique*, charrié par les eaux, et que ces dernières puisent dans le sol; la composition de ce miasme est, d'ailleurs, encore inconnue. En dernière analyse, c'est surtout l'usage de ces eaux en boisson, qui amènerait le développement du goître.

L'endémie goîtreuse ou goîtrisme, peut, dans l'organisme, localiser son action, non seulement sur le corps thyroïde, au moment surtout de la puberté, mais aussi sur le thymus, au moment de la première enfance : d'où ce que l'auteur appelle le goître thyroïdien et le goître thymique.

Mais l'hypertrophie du thymus est une affection du premier âge, et nullement de l'adolescence : de même, pour le crétinisme. — D'autre part, le crétinisme est dû à une hydrocéphalie œdémateuse chronique : celle-ci amène la déformation du crâne, détermine l'atrophie du système nerveux, et, partant, arrête le développement de tout l'organisme. — Or, cette hydrocéphalie n'est point primitive, idiopathique : elle est due, selon l'auteur, à une gêne de la circulation veineuse en retour de l'encéphale, à une compression du système cave supérieur : celle-ci, enfin,

est due elle-même, dans le premier âge, à l'hypertrophie du thymus. — Donc, en somme, le goître thymique, voilà la clef du crétinisme.

On peut devenir goitreux, à des âges divers, le plus souvent à la puberté, par hypertrophie de la glande thyroïde. Mais on est, dès son enfance, crétin plus ou moins parfait, semi-crétin, crétineux, ou pesant, parce que l'on est ou que l'on a été, au moins durant le premier âge, plus ou moins goitreux par hypertrophie du thymus. — Le crétinisme n'est que la conséquence fatale (par l'intermédiaire de l'hydrocéphalie œdémateuse chronique secondaire) de cette hypertrophie du thymus chez l'enfant : à celle-ci vient plus tard s'ajouter l'hypertrophie du corps thyroïde chez l'adolescent, tandis qu'alors l'hypertrophie ancienne du thymus peut devenir plus ou moins difficile à retrouver. — Le crétinisme n'est donc pas une entité morbide : c'est un symptôme ultime du goitrisme, comme l'ascite est un symptôme de la cirrhose du foie.

On atténuera, mais surtout on préviendra le crétinisme, à condition de s'y prendre à temps, et par suite en traitant comme un goitreux l'enfant nouveau-né, ou même le fœtus menacé, c'est-à-dire en soumettant l'enfant, ou même la mère, et plus tard la nourrice, à la médication iodée.

PAUL GARNIER.

**Le crétin des Batignolles, par B. BALL** (*L'Encéphale*, 1882).

C'est la description complète de ce type remarquable de crétinisme sporadique que le professeur Ball a présenté l'année dernière à l'Académie de médecine.

V..., 31 ans, offre tous les attributs extérieurs du crétinisme sans avoir subi l'influence du goître qui n'existe ni chez lui, ni chez ses ascendants.

Il est né à Paris et sa famille y réside depuis longtemps. De cinq enfants c'est, à la fois, le dernier et le seul qui ait survécu, tous les autres ont succombé soit par suite de convulsions, soit dans des conditions annonçant une perturbation manifeste du système nerveux. Jusqu'à l'âge de onze mois, évolution normale. A cette époque se montrent des convulsions qui durent, presque sans interruption, pendant trois ans. Dès lors, déviation du développement, tant au moral qu'au physique. Parmi les particularités les plus saillantes à signaler dans l'extérieur de l'individu on trouve l'exiguité de la taille qui le rend, au premier abord, absolument semblable à un enfant, mais à un enfant décrépit, car son visage est bouffi, sa peau terreuse et quelques rides imprimées sur son front lui donnent un air vieillot tout à fait caractéristique.

La figure est sans expression, le nez aplati, les yeux très écartés l'un de l'autre, les paupières volumineuses et plissées. La bouche largement fendue offre des lèvres tuméfiées et pendantes. Les dents ne sont au nombre que de dix-neuf et toutes sont ravagées par la carie.

Le visage est imberbe, la tête grosse et irrégulière (dolichocéphale).

Les joues sont flasques et pendantes, les mains petites, ramassées; le ventre proéminent. Les organes génitaux sont très volumineux et semés de poils, mais, malgré ce développement considérable des organes sexuels, il n'y a jamais eu chez V... aucun vestige de l'instinct génital.

Au point de vue intellectuel, ce n'est point un idiot complet; il paraît comprendre assez bien ce qu'on lui dit, mais il éprouve beaucoup de difficulté à s'exprimer; son caractère est celui d'un enfant affectueux, doux et paisible.

P. GARNIER.

**Essai sur la valeur des signes de la guérison chez les aliénés, par L. GUILLEMIN** (*Thèse de Paris, n° 298, 1883*).

« Quand le médecin annonce à un malade, atteint de pneumonie, par exemple, qu'il est guéri, son rôle est terminé, sa responsabilité cesse. Quand il annonce, au contraire, la guérison d'un aliéné, sa responsabilité commence. » Ainsi s'exprime l'auteur, qui a cherché à mettre à profit plusieurs années passées, comme interne, dans un grand asile public, en s'appliquant à découvrir un signe qui fût véritablement pathognomonique et permît d'affirmer sans réserves la guérison. Il confesse sincèrement avoir échoué dans cette tâche difficile. Le critérium, si tant est qu'il puisse jamais y avoir en pareil cas une certitude absolue, ne peut exister que dans l'ensemble de signes multiples — coloris de la figure, retour des sentiments affectifs, absence de tout délire, d'illusions et d'hallucinations, — dont la valeur doit encore être subordonnée à l'impression d'un médecin expérimenté.

En outre, cette guérison fût-elle jugée tout à fait complète, que resterait la question de savoir si une rechute n'est pas à craindre. — Il n'est peut-être pas, en effet, de plus grave problème que de déterminer, d'une façon précise, la conduite à suivre en présence des délires par accès s'accompagnant d'impulsions dangereuses. PAUL GARNIER.

---

# PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Leçons de pathologie chirurgicale générale, par BERNE** (*Paris, 2 forts volumes in-8°, 1883*).

Depuis le *Traité de pathologie* de Billroth il n'avait paru aucun travail d'ensemble, aucun exposé général de l'état actuel et des tendances modernes de la chirurgie. Les deux volumes publiés par M. Berne, résumé ou plutôt développement du cours dont il est chargé depuis quinze années à l'Ecole de Lyon, sont destinés à remplir ce but. Pour quiconque a suivi le mouvement scientifique contemporain, il est aisé de comprendre que nos classiques, les plus récents, sont à bien des points de vue insuffisants. Sur nombre de points, et non des moins importants, la pathologie s'est modifiée de fond en comble depuis une vingtaine d'années. Où trouver l'histoire de ces transformations? Où suivre les progrès de cette révolution scientifique dont on peut déjà apprécier les heureuses conséquences? Aucun auteur n'avait abordé cette étude d'ensemble, et si chaque chirurgien, par lui ou par ses élèves, a montré dans des publications éparses la part prise à cette rénovation, nous n'avions pas d'œuvre synthétique coordonnant ces documents si nombreux.

La première partie, comprenant vingt-cinq leçons, est consacrée à

l'étude des grands processus, des lésions vitales comprenant l'inflammation, ses formes diverses, ses signes généraux, ses terminaisons par suppuration, gangrène, ulcération, fistules, etc.; les modifications qu'elle affecte suivant qu'il s'agit de tel ou tel tissu, os, tissu conjonctif, muqueuses, etc. Je citerai spécialement les leçons sur les abcès froids et l'exposé des doctrines modernes sur les tuberculoses locales, sur la gangrène foudroyante, étudiée d'une façon toute spéciale dans ces derniers temps par des chirurgiens et des physiologistes de l'École lyonnaise. L'étude des ulcères et fistules comprend un chapitre très complet sur le mal perforant plantaire.

La deuxième partie, à mon avis la plus importante, nous donne l'histoire des lésions traumatiques, plaies et leurs complications, contusions, brûlures, etc. La première leçon, consacrée au traumatisme en général, ne pouvait manquer d'aborder le problème qui préoccupe depuis longtemps, et à bon droit, un certain nombre de chirurgiens. Je reprocherais presque à l'auteur de n'avoir pas développé plus largement ses vues sur cette question doctrinale. Il s'est contenté d'indiquer les rapports réciproques du traumatisme avec l'état général, pour tenir en éveil le praticien devant l'évolution inexplicable d'une lésion chez un cardiaque, un paludique, etc., sans leur donner le pas sur des considérations générales tout aussi importantes.

Deux leçons sont réservées à l'étude du traitement des plaies, des pansements en général. Pour simplifier cette étude, M. Berne divise les pansements en quatre catégories : 1° pansements en vue de diminuer surtout les phénomènes inflammatoires ;

2° Pansements en vue de modifier ces vaisseaux et de rendre par cette modification plus difficile le passage dans la circulation des éléments nuisibles (pansements caustiques);

3° Pansements en vue de décomposer les substances nuisibles qui peuvent s'absorber au niveau de la plaie (pansements antiseptiques) ;

4° Pansements en vue d'empêcher les germes de l'air extérieur d'arriver jusqu'au niveau de la plaie (pansement ouaté de Guérin et pansements analogues modifiés).

L'appréciation générale qui suit la description de ces divers pansements ne semble pas indiquer que l'auteur soit converti sans réserves à l'antisepsie pure ; il n'adopte aucune méthode d'une façon exclusive et trouve qu'il y a lieu de choisir, suivant les conditions, le siège de la plaie. Il est juste de dire que l'époque de publication de l'ouvrage n'a pas permis à M. Berne d'indiquer les modifications et les réformes qu'on est en voie d'apporter à la méthode de Lister.

La troisième partie du livre est consacrée aux lésions néoplasiques, aux tumeurs envisagées en général et en particulier.

L'ouvrage de M. Berne prendra place parmi nos meilleurs classiques. L'auteur cherche avant tout à faire pénétrer ses convictions dans l'esprit du lecteur ; pour les mieux inculquer, il a multiplié des tableaux synoptiques qui résument en quelques traits saillants une énumération difficile de symptômes, de signes différentiels ou de théories. Ce sont véritablement des leçons de pathologie générale et le savant professeur a mené à perfection la lourde et pénible tâche qu'il avait assumée. A. CARTAZ.

**Chirurgie orthopédique, thérapeutique des difformités congénitales ou acquises, leçons par H.-A. DE SAINT-GERMAIN** (1 *vol. in-8°, Paris*, 1883).

L'auteur n'envisage pas l'orthopédie dans le sens restreint qu'on lui attribue d'ordinaire. Orthopédie veut dire : éducation correcte de l'enfant, éducation physique susceptible d'amener le développement du type humain dans sa beauté. Partant de cette interprétation, M. de Saint-Germain considère l'orthopédie comme une branche de la chirurgie, embrassant toutes les déviations, difformités ou malformations, congénitales ou acquises. Aussi, le lecteur ne sera-t-il point étonné de trouver dans ce volume, à côté de la scoliose, du pied bot, les hernies congénitales, le bec de lièvre, les angiomes, voire même l'obésité.

Le premier chapitre consacré aux prédécesseurs de M. de Saint-Germain dans le service chirurgical des enfants est une page d'histoire contemporaine des plus curieuses et des plus intéressantes. La leçon sur l'obésité n'est qu'un hors-d'œuvre, mais l'observation du malade, qui en fait le sujet, est racontée avec tant d'humour, tant d'esprit qu'on ne se plaindra pas de cette incursion sur le terrain médical.

Suivent plusieurs leçons sur les malformations du nez (notons en passant le procédé de l'auteur pour le redressement de la cloison), des oreilles, des dents ; sur l'hypertrophie de langue (l'ablation par l'écraseur) ; sur le bec de lièvre. A propos des angiomes, M. de Saint-Germain n'admet pas la division en veineux, capillaires et artériels ; pour lui, les angiomes sont simplement cutanés ou sous-cutanés. Il a recours, pour le traitement de ces tumeurs, soit à la compression, soit aux injections de liqueur de Piazza, soit enfin à l'anse galvano-caustique.

Signalons, à propos de la scoliose et du mal de Pott, la discussion sur l'emploi et les avantages de la méthode de Sayre, le corset plâtré. L'auteur considère ce corset comme un simple adjuvant dans le traitement de la scoliose. C'est un moyen contentif et non un moyen curatif. Dans le mal de Pott, les services que rend le corset de Sayre sont plus sérieux, plus marqués, et c'est bien souvent le seul appareil qui puisse être supporté. M. de Saint-Germain est revenu un peu sur ses appréciations antérieures (*R. S. M.*, *XIV*, 643) ; sans partager l'enthousiasme de quelques chirurgiens, il accorde certains avantages à cette méthode dans des conditions déterminées.

Citons encore la discussion des indications de la résection (p. 536) dans les cas de coxalgie ; pour M. de Saint-Germain, ces indications ne sont pas encore suffisamment établies et il est convaincu que dans bien des cas on intervient, alors que des appareils bien faits, des soins minutieux eussent donné le même résultat.

Le traitement des raideurs articulaires consécutives aux entorses, fractures, arthrites, etc , fournit au chirurgien des enfants, l'occasion de déterminer les conditions dans lesquelles doivent être faits le massage, les mouvements forcés. Sans en être partisan absolu, il a retiré dans quelques cas de bons résultats de l'emploi des bains de sang.

A. CARTAZ.

**I. — Chirurgie antiseptique : principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** (*Paris*, 2e *édition*, 1880).

**II. — Des méthodes antiseptiques chez les anciens et chez les modernes, par Ant. SABATIER** (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1883).

I. — Il est impossible, en réunissant les documents les plus récents sur la méthode antiseptique et ses résultats, de ne pas mentionner tout d'abord le livre qui l'a popularisée en France. L'ouvrage de M. J. Lucas-Championnière, complètement refondu dans sa 2e édition, est le manuel le plus complet que l'on puisse consulter sur la technique, les résultats, les indications de la méthode antisestique. Nous disons de la méthode, et non du pansement, car l'auteur a le plus grand soin d'insister sur les précautions que doit observer le chirurgien pendant la pratique des opérations, et sur les règles qui entrent dans l'exécution de la chirurgie antiseptique pour une part aussi considérable du moins que les topiques et les bandages que l'on applique sur la plaie. La pratique du pansement de Lister est tellement entrée dans le domaine de la chirurgie courante, que tout médecin connaît aujourd'hui le titre des solutions phéniquées que l'on emploie, la protective, la gaze phéniquée, le makintosh, l'usage du pulvérisateur ou du vaporisateur qui entoure le champ de l'opération de la plaie d'une atmosphère antiseptique. L'emploi des sutures et des drains est connu depuis beaucoup plus longtemps encore. Ce qui est moins banal, c'est le respect des conditions qui avant et pendant les opérations ou les pansements, ou même de simples explorations, mettent le malade à l'abri de l'infection à laquelle l'expose le contact des agents extérieurs; à ce point de vue surtout, la lecture du livre de M. Championnière sera profitable à tous ceux qui ont à approcher des blessés et des opérés. Il en sera de même du chapitre où l'auteur expose les règles de l'accouchement aseptique; ces pages devraient être entre les mains des sages-femmes elles-mêmes. Les développements qui concernent l'application de la méthode aux diverses opérations chirurgicales seront d'un intérêt plus direct pour le chirurgien, la mise en œuvre des précautions antiseptiques devant varier avec la nature de l'entreprise chirurgicale, la configuration et l'état des surfaces traumatiques qu'elle crée ou qu'elle modifie.

Les résultats de la méthode antiseptique sont sommairement envisagés dans un paragraphe où se trouvent reproduites les principales statistiques, celle de Saxtorph, celle de Volkmann. Ces statistiques ne sont plus nécessaires aujourd'hui pour démontrer une vérité qui est dans tous les esprits, et l'éloge de la méthode antiseptique n'est plus à faire. Ne peut-on néanmoins, sans rabaisser les titres de Lister à la reconnaissance de ses contemporains, trouver que M. Lucas-Championnière va un peu loin quand il lui décerne *la statue d'or* dont Nélaton jugeait digne celui qui supprimerait l'infection purulente ? Certes le mérite du chirurgien d'Édimbourg et de Londres est établi par des résultats qui se sont imposés à presque tous les chirurgiens du continent, mais faut-il oublier pour cela que d'autres modes de traitement des plaies, moins répandus, moins connus actuellement, avaient déjà réalisé ce but de la manière la plus complète ? faut-il oublier tout à fait pour le pansement de Lister, cet admirable pansement ouaté de Guérin auquel nous avons dû, à une époque où le pre-

mier n'était pas encore connu en France et auquel on doit encore une remarquable immunité des plaies opératoires ou accidentelles à l'égard de toutes ou de presque toutes les complications chirurgicales?

II. — A côté du livre de M. Championnière, qui a été le promoteur en France de la méthode listérienne nous devons signaler le travail de M. Sabatier, œuvre de revue historique, aussi complète que le permet le travail d'un concours. On y pourra suivre les phases par lesquelles a passé l'art chirurgical pour arriver aux perfectionnements actuels.

PAUL BERGER.

**I. — Du mode d'action des antiseptiques employés dans le pansement des plaies, par GOSSELIN** (*Bull. Acad. des sciences*, 27 *août* 1883).

**II. — Sur la frigidité antiseptique des plaies, par GOSSELIN** (*Bull. Acad. des sciences*, 3 *septembre* 1883).

**III. — Action physiologique locale des substances antiseptiques, par LABORDE** (*Société de biologie*, 13 *octobre* 1883).

**IV. — Note sur une simplification du pansement antiseptique, par E. BŒCKEL** (*Revue de chirurgie*, *p.* 81, 1881).

**V. — Fragments de chirurgie antiseptique, par Jules BŒCKEL** (*Paris*, *p.* 73, 1882).

**VI. — Zubereitung von antiseptischen Katgut, par Th. KOCHER** (*Cent. f. Chir.*, *n°* 23, 1881).

**VII. — Fort mit dem Spray, par V. von BRUNS** (*Berliner klin. Wochenschrift*, 25 *octobre* 1883).

**VIII. — Zur Spray-Frage, par H. LEISRINK** (*Ibidem*, 4 *et* 11 *avril* 1881).

**IX. — Drainage chirurgical, quelques nouveaux instruments pour le pratiquer, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, *p.* 388, *septembre* 1883).

**X. — Du chauffage des instruments en chirurgie, par Léon TRIPIER** (*Lyon méd.*, 26 *août* 1883).

**XI. — Du bain antiseptique prolongé ou permanent dans les plaies septiques et les inflammations du membre supérieur, par VERNEUIL** (*Arch. de médecine*, *juillet* 1879).

**XII. — De la pulvérisation prolongée ou continue comme procédé de la méthode antiseptique, par VERNEUIL** (*Arch. de méd.*, *janvier et février* 1883).

**XIII. — Contribution à l'étude du traitement de certaines affections chirurgicales du membre supérieur par les bains antiseptiques prolongés, par E. JANNIN** (*Thèse de Paris*, 1883).

**XIV. — De l'emploi du bain antiseptique dans quelques cas spéciaux, par VERNEUIL** (*Union méd.*, 21 *août* 1883).

**XV. — Pansement des plaies, par SÉJOURNET** (*Soc. de chirurgie*, 23 *mars* 1881).

**XVI. — On absorbent dressings, par W. BERRY** (*The Lancet*, 21 *octobre* 1882).

**XVII. — L'étoupe purifiée et antiseptique, son emploi dans les pansements et dans les approvisionnements des ambulances, par WEBER et THOMAS** (*Revue de chir.*, *juillet* 1882).

**XVIII. — Remarks on antiseptic dressings, par Robert-F. WEIR** (*New York med. journ., janvier* 1880).

**XIX. — Ueber offene antiseptische Wundbehandlung in Glasapparatus und über Glasschienen (Du pansement antiseptique ouvert dans les appareils de verre et des attelles de verre), par M. GLUCK** (*Arch. f. klin. Chir., XXVI, p.* 785).

I et II. — Si l'on place sous le champ d'un microscope le mésentère d'une grenouille, d'un lapin, et qu'on fasse tomber quelques gouttes d'une solution antiseptique (acide phénique, alcool camphré), on voit la circulation s'arrêter dans les capillaires par la coagulation du sang, coagulation plus ou moins rapide suivant la concentration des solutions. Le même effet doit, suivant M. Gosselin, se produire à la surface des plaies et amener des modifications profondes dans la vitalité des divers tissus. Les antiseptiques n'agiraient pas seulement comme germicides, mais comme astringents, caustiques légers; ils empêchent la putréfaction, et ils coagulent l'albumine du sang à l'intérieur et à l'extérieur des capillaires et peut-être en même temps toutes les matières albumineuses de la surface des plaies.

Cet état antiphlogistique, tout à fait différent des phénomènes réactionnels inflammatoires qui accompagnaient autrefois le travail de cicatrisation de la plaie, a reçu de l'auteur le nom de frigidité des plaies. Il le regarde comme la résultante de ces phénomènes de coagulation qui déterminent un ralentissement de la circulation et un obstacle à l'afflux sanguin inflammatoire.

III. — M. Laborde, variant les expériences de M. Gosselin, a observé les mêmes phénomènes sur les vaisseaux de l'oreille du lapin albinos. Il a constaté qu'en outre de la coagulation intra-vasculaire, il se faisait au moment du contact des vaisseaux avec l'agent antiseptique, une véritable vaso-constriction, en rapport avec l'énergie de la solution. A cette constriction succède en quelques instants une vaso-dilatation proportionnée au phénomène de constriction.

De ce fait découlent, suivant l'auteur, des conséquences importantes, l'usage de solutions phéniquées concentrées et longuement répétées peut déterminer, par la coarctation trop énergique des vaisseaux, une véritable gangrène locale.

IV. — L'auteur se sert d'un pansement phéniqué humide. Il fait tremper de la tarlatane pendant huit jours dans une solution phéniquée à 20 0/0, lave, exprime et applique sur la peau, soit directement, soit avec un protective fenêtré. Les bords sont recouverts de coton, le tout enveloppé d'un tissu imperméable et d'une bande de mousseline mouillée.

E. Bœckel remplace le mackintosh par des feuilles de papier de gutta-percha ou du papier à l'acide sulfurique ou même du papier huilé ou paraffiné. Il remplace aussi souvent le spray par des lavages à la solution phéniquée à 3 ou 5 0/0.

V. — Jules Bœckel, trouvant le pansement de Lister trop coûteux, a adopté ces modifications. A. C.

VI. — Zweifel d'Erlangen accuse le catgut de Lister d'infecter les plaies récentes, par la décomposition de l'huile. Kocher a fait aussi la même remarque et il avait pris le parti de faire ses ligatures avec la soie

de Czerny, qui est excellente, mais qui ne se résorbe pas et provoque parfois des abcès, quand il découvrit les propriétés antiseptiques de l'huile de genièvre.

Cette huile désinfecte complètement le catgut. En effet, si on prend du catgut ordinaire, tel qu'il est livré par la fabrique, et si on le place dans un liquide de culture exempt de bactéries, sous les précautions ordinaires, on voit au bout de 24 heures, à la surface du liquide de culture, là où se trouve le peloton de catgut, un trouble dans lequel le microscope révèle de nombreuses bactéries. Il en est de même quand, avant de placer le catgut dans le liquide de culture, on l'a laissé séjourner 24 heures dans une solution d'alun à 20 0/0; ou d'alumine à 5 0/0; dans l'eau chlorée, il se produit aussi un trouble, bien que, dans ce cas H. Vallat n'y ait pas trouvé de microbes. Il n'en est pas de même quand le catgut a préalablement séjourné dans l'huile de genièvre; dans ce cas le liquide de culture demeure absolument clair et privé de bactéries. Le même résultat est obtenu quand le catgut, retiré du liquide susdit, est conservé dans l'alcool à 95°.

Le catgut doit donc être simplement placé pendant 24 heures dans l'huile pure de genièvre et aussitôt après être immergé dans l'alcool à 95° pour être conservé. DE S.

VII. — Comme Trendelenburg et Mikulicz, von Bruns professe que le brouillard phéniqué est une complication non seulement inutile et superflue, mais de plus gênante dans le cours des opérations et des pansements pratiqués selon la méthode listérienne.

Il remplace les pulvérisations par des irrigations répétées avec une solution phéniquée.

A l'appui de la façon de voir, il apporte une statistique opératoire comprenant un laps de 2 ans. Sur un total de 1,175 opérations, il n'a perdu que 36 malades, soit un peu plus de 3 0/0; aucun d'eux n'a succombé à l'infection purulente, à la septicémie ou à l'érysipèle. Les 144 opérations intéressant les os, n'ont donné aucun décès; toutefois von Bruns en a distrait les doubles amputations, qui ont été toutes quatre mortelles, par suite du choc nerveux ou de tétanos.

VIII. — Leisrink a également supprimé les pulvérisations en y substituant aussi des irrigations phéniquées pendant et après l'opération. Mais il estime qu'avant de proclamer l'inutilité du brouillard phéniqué, il faudra des statistiques portant sur des milliers d'opérations, sans faire de choix entre ces dernières, ainsi que Trendelenburg et von Bruns l'ont fait.

De plus, il reproche à von Bruns de n'avoir pas indiqué le maximum de température post-opératoire et la durée de la guérison.

Leisrink dispose en tableaux 104 opérations des plus variées, car il n'a éliminé que les trachéotomies, les phimosis, les ponctions d'hydrocèle et les opérations d'oculistique. Partout il indique le degré thermométrique le plus élevé dans le cours du traitement et le temps nécessaire à la guérison. En tout, il y a eu 9 décès dont 2 seulement par septicémie.

J. B.

IX.— L'auteur s'est servi d'abord de drains rouges de 1 millimètre 1/2 de diamètre, à parois épaisses et incompressibles, puis de tubes en aluminium, et enfin de tubes en celluloïd. Mais le celluloïd s'altère; l'a-

cide phénique le ramollit et le dépolit. Il emploie maintenant les tubes en caoutchouc durci qui lui paraissent excellents.

X. — Tripier fait chauffer les instruments dans un bain d'huile à 120 ou 130° pendant dix minutes; puis on les place dans une solution d'acide phénique à 5 0/0, chauffée à 70 ou 80° pour éviter la détrempe.

XI. — Dès l'année 1870, M. Verneuil avait publié des cas de guérison pour ainsi dire inespérée, grâce au traitement par le bain antiseptique permanent. D'un emploi très facile pour le membre supérieur, cette balnéation, faite avec une solution phéniquée de 1 à 2 0/0, à une température moyenne, a donné à l'auteur les meilleurs résultats. Le nombre et la durée des bains varient suivant l'importance et la gravité de la lésion, suivant l'imminence d'accidents septiques. L'expérience a montré que des bains de deux ou trois heures, répétés deux ou trois fois dans la journée suffisaient en général à remplir ces indications. Dans l'intervalle, on applique des compresses d'eau phéniquée. A. C.

XII. — C'est dans le but d'assurer l'asepsie des plaies profondes et anfractueuses siégeant en des régions où les pansements d'Alphonse Guérin et de Lister sont inapplicables ou insuffisants, que M. Verneuil a imaginé de se servir du spray employé d'une manière continue ou prolongée comme d'un mode de pansement distinct. L'efficacité antiseptique de ce procédé est des plus manifestes, ainsi que le prouvent les observations rapportées par l'auteur et qui ont trait soit à des plaies articulaires graves, soit à des amputations avec fusées purulentes, complications de lymphangite et d'érysipèle, ou encore phlegmons du moignon après insuccès de la réunion immédiate. Dans tous ces cas, alors que la situation paraissait désespérée, la pulvérisation prolongée a eu raison des accidents inflammatoires et septicémiques et la guérison a été obtenue.

Le même procédé de pansement a été maintes fois employé par l'auteur dans les cas suivants :

1° Ulcères de jambe sordides et couverts de détritus putrides;

2° Plaies contuses enflammées et non détergées encore;

3° Phlegmons diffus ouverts et présentant çà et là des points de sphacèle;

4° Gangrène diabétique en plaques;

5° Fractures de jambe compliquées de plaie;

6° Brûlures larges, profondes et datant de quelques jours ou de quelques semaines. La vapeur phéniquée exerce ici de la manière la plus heureuse ses propriétés anesthésiques et antiphlogistiques directes, et en conséquence, sa puissance antipyrétique. Dans l'intervalle des pulvérisations, on applique sur les parties affectées des compresses de mousseline imbibées d'une solution phéniquée à 1 ou 2 0/0.

Enfin quelques essais du même pansement dans des cas d'érysipèle et de lymphangite traumatiques ont été satisfaisants.

Les effets locaux de la pulvérisation phéniquée sont très manifestes. Sous son influence, la douleur diminue, la température locale s'abaisse, la rougeur des téguments s'atténue. La désinfection des plaies est rapide et les eschares elles-mêmes perdent leur odeur. Les effets généraux ne sont pas moins remarquables; la température ne tarde pas à s'abaisser et la septicémie cesse promptement.

Le manuel opératoire est des plus simples, grâce aux pulvérisateurs à

vapeur que l'on place sur un meuble voisin du lit, et dont on dirige le jet sur la région malade en protégeant les parties voisines à l'aide de couvertures et de rideaux. Comme liquides antiseptiques, on emploie les solutions phéniquées ou de chloral à 1 ou 2 0/0. Dans la grande majorité des cas, surtout quand la désinfection première est obtenue, deux ou trois séances de pulvérisation de deux à trois heures chaque suffisent dans les 24 heures pour assurer l'asepsie. Quand la pulvérisation est suspendue, on applique sur la plaie les pièces du pansement antiseptique ouvert le plus simple. P. MERKLEN.

XIII. — Thèse reproduisant les idées et les observations de Verneuil.

XIV. — Observations confirmatives des faits précédents.

XV. — L'auteur combine le Lister au pansement ouaté de Guérin. Il applique sur la plaie de la charpie trempée dans une solution phéniquée à 2 1/2 0/0, qu'il recouvre de taffetas gommé et d'ouate. Il remplace le drainage par la réunion en faisceau des fils à ligature.

XVI. — L'auteur emploie depuis quelque temps dans son hôpital des pansements secs et rares et il est très satisfait des résultats qu'ils lui donnent. Il s'inquiète beaucoup moins de la nature même des matériaux du pansement que de la façon de les employer ; ainsi il se sert quelquefois d'oakum fin, souvent d'ouate dégraissée et hydrophile et de soie salicylée sans par exemple rendre l'ouate antiseptique. — Du reste il concède qu'il est préférable de rendre ces matières antiseptiques, surtout quand on a affaire à des plaies fétides ou septiques. Les points principaux, qui constituent la base du pansement et qu'il ne faut jamais négliger sont le repos, le drainage et la compression.

XVII. — Weber et Thomas proposent d'employer comme matière à pansement l'étoupe ordinaire qu'ils nettoient et purifient par diverses manipulations, lessivage à la soude caustique, blanchiment dans l'hypochlorite de soude, puis lavage à l'acide chlorhydrique étendu et à grande eau. Débarrassée ainsi de ses impuretés, l'étoupe est d'une blancheur parfaite, douce, soyeuse, très élastique.

Pour rendre cette étoupe antiseptique, on l'imprègne d'acide phénique dans la proportion de 10 0/0, par un procédé de volatilisation. De l'acide phénique cristallisé est liquéfié au bain-marie additionné d'un peu d'alcool, 2 pour 3, et versé sur des feuilles de papier à filtrer, entre lesquelles se trouve l'étoupe. Le tout est fermé dans une boîte ; au bout de 48 heures, l'étoupe est prête. Il faut la conserver à l'abri de l'air pour éviter la perte de l'acide.

Les auteurs ont appliqué les mêmes procédés à la fibre textile de la ramie ortie de Chine (China-grass) et ont obtenu une véritable charpie de luxe, comparable à la soie et au coton le plus fin. Le prix de revient n'est pas élevé, 2 francs le kilogramme.

XVIII. — R. Weir appelle l'attention des chirurgiens sur la disparition de l'acide phénique de la gaze, au bout d'un certain temps. Même fermée à l'abri de l'air, cette gaze perd une notable partie de l'agent antiseptique. En voici quelques exemples :

1° Jute carbolisée, fabriquée à New-York hospital le 12 juillet 1879, et bien enveloppée et fermée. Examinée le 19 novembre 1879, elle ne contenait que 1,46 0/0 d'acide phénique ;

2° Jute carbolisée, d'après la formule de Münnich, au bout de 10 jours, quoique exposée à l'air; 2,95 0/0 d'acide;

3 Gaze carbolisée, formule de Lister 1,44 0/0 d'acide;

4° Gaze carbolisée, autre échantillon; 1,57 0/0. A. C.

XIX. — L'auteur réalise de la façon suivante le pansement des plaies à ciel ouvert dans une atmosphère antiseptique :

Un cylindre de verre, muni sur ses parois d'autant d'orifices qu'on le voudra pour le passage des drains et le passage de l'eau, porte à ses deux ouvertures un manchon de caoutchouc qui, par l'insufflation peut se convertir en un coussin à air. La partie malade s'appuie d'une part sur ces coussins, d'autre part sur une attelle de verre percée d'un grand trou pour le passage du pus et renfermée dans l'intérieur du manchon de verre. La paroi supérieure du manchon porte une tubulure fermée qui peut s'adapter au tuyau d'un fort irrigateur pour faire le lavage antiseptique de l'appareil ou à un pulvérisateur. — Le tube principal qui assure l'écoulement du liquide, situé à la partie inférieure, se continue par un tube de caoutchouc qui plonge dans un vase rempli de liquide antiseptique. La face intérieure de l'appareil est enduite de glycérine phéniquée.

La traction continue peut être faite avec cet appareil, grâce à la double manchette; il y en a du reste de plusieurs formes, à une seule ouverture pour les pieds, les mains et les moignons d'amputation.

Un des blessés de Gluck est demeuré 4 mois dans un de ces appareils sans la moindre eschare. DE SANTI.

**I. — Études statistiques sur la méthode antiseptique de Lister; résultats fournis par cette méthode dans la pratique des amputations, par Georges POINSOT** (*Mém. et Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 1881).

**II. — La méthode antiseptique de Lister; histoire et résultats obtenus à l'hôpital Saint-Léon de Nancy, par F. GROSS** (*In-8°, Nancy*, 1879).

**III. — Statistik der Amputationen und Exarticulationen an der chirurgischen Klinik zu Tubingen aus den Jahren 1877-1882, par E. WEIBEL** (*P. Brun's Mittheilungen*, 1883).

**IV. — Résultats obtenus à la clinique de Bâle; statistique comparée de la méthode antiseptique et des méthodes anciennes par BURCKHARDT** (*Deuts. Zeit. f. Chir., XVI, Heft* 3 *et* 4, *p.* 209).

**V. — Statistique des opérations, plaies, etc., traitées par les anciens pansements, par A. DESPRÉS** (*Bull. de la Soc. de chir., p.* 110, 1882).

I. — Le travail de M. Poinsot repose sur le dépouillement minutieux de plusieurs milliers d'observations puisées dans les statistiques de tous les centres chirurgicaux. Une discussion méthodique des résultats obtenus par les anciens pansements et la nouvelle méthode permet à l'auteur de formuler les conclusions suivantes :

1° La méthode antiseptique, appliquée au traitement des grandes amputations des membres, assure, au point de vue de la mortalité et par rapport aux autres méthodes, un avantage de 11,61 0/0 en considérant l'ensemble des faits et de 16,94 0/0 en envisageant seulement les

résultats obtenus par les chirurgiens qu'une pratique de plus d'une année a rompus à la méthode.

2° Avec la méthode antiseptique, la proportion des accidents infectieux développés après l'opération et par suite imputables à elle, tombe à 1,48 0/0 par rapport au chiffre total des amputations et à 9,52 0/0 par rapport au chiffre des morts, ce qui assure à la méthode un avantage de 13,50 0/0 pour le premier cas et de 34,66 0/0 pour le second.

3° La méthode antiseptique a assuré la réunion immédiate dans 45,60 0/0 des cas.

4° Elle a assuré l'apyrexie totale dans plus du quart des faits, la fièvre n'étant mentionnée forte que dans un 6e des observations.

5° Avec la méthode antiseptique, les affections des plaies susceptibles de devenir infectieuses (érysipèle, pourriture d'hôpital), ne se montrent, dans les faits arrivant à la guérison, que sur une proportion de 2,76 0/0, tandis qu'avec les anciennes méthodes, la proportion était de 11,95 0/0.

6° La durée de la cure est diminuée.

7° L'amélioration progressive constatée dans les résultats de la pratique des chirurgiens listériens autorise à penser que les résultats actuels seront encore dépassés.

II. — Histoire et description du pansement. Vingt observations, prises avec soin, confirmatives des excellents résultats de cette méthode. A. C.

III. — Compte rendu de 153 grandes amputations et désarticulations (y compris les désarticulations du métacarpe et du métatarse). La plupart de ces opérations à lambeau antérieur ou amputation circulaire. Sauf pour l'épaule, la hanche et une amputation de cuisse, jamais de ligature préalable. Dans une amputation de bras et une de cuisse, on s'est servi de l'anse galvano-caustique.

Nombre des ligatures nécessaires en moyenne pour les amputations sous la bande d'Esmarch :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cuisse. | Moyenne : | 38,1 | Maximum : | 67 |
| Jambe. | — | 24,3 | — | 68 |
| Bras. | — | 22,5 | — | 30 |
| Avant-bras. | — | 15,7 | — | 25 |

L'hémorragie parenchymateuse qui succède à la suppression de la bande est avantageusement combattue par l'élévation du moignon et la compression avec un tampon imbibé d'essence de térébenthine.

Pansements à la gaze phéniquée, renouvelée seulement quand il le fallait. Quand il y avait menace de conicité du moignon, on a employé avec succès la traction permanente des parties molles avec des bandelettes de diachylon et des poids.

Au total, 153 amputations, dont 133 pour des cas non compliqués (6 pour blessures, 127 pour maladies) et 20 compliqués (6 avec septicémie, 8 doubles amputations, etc., 6 dans lesquels la mort n'est pas attribuable à l'amputation). Ces 153 amputations chez 149 individus.

Or, sur 149 opérés, on trouve 131 guérisons.

Sur les 18 non guéris, 14 morts, 2 réamputations guéries, 2 sortis sans espoir de guérison.

La mortalité totale est donc de 9,4 0/0, et même 5,5 0/0, si l'on fait

abstraction des 6 cas dans lesquels la mort est survenue accidentellement.

Sur les 133 cas compliqués, 5 morts seulement, ou 3,8 0/0.

RÉSULTATS COMPARÉS ; MORTALITÉ :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Amputations de jambe : | 1843-63, | 29,7 0/0 | 1877-82, | 3,2 0/0 |
| — cuisse — | | 43,5 | — | 2,5 |
| — jambe et cuisse | | 30,6 | — | 3,9 |

Dans les 8 cas de mort, on trouve tétanos, 3 cas, collapsus et anémie, 2 cas, épuisement, 1 cas, pyohémie, 2 cas (années 1877 et 1878).

Sur les 132 guérisons, il y en a 66 par première intention. La cause de la non-réunion par première intention est la gangrène circonscrite du lambeau (1/5 des cas), la nécrose de l'os (3 fois), le delirium tremens (2 fois), l'érysipèle (4 fois).

La septicémie et la pyohémie ont disparu de Tubingue depuis quatre ans. DE SANTI.

IV. — Les conclusions de ce travail résument amplement les faits que l'auteur tient à mettre en lumière.

Les chiffres de la mortalité pendant les deux périodes décennales de 1861 à 1870 et 1871 à 1880 sont les suivants :

| | | |
|---|---|---|
| Amputations. | 43,7 0/0 | 11,5 0/0 |
| Fractures compliquées. | 52,7 | 10,0 |
| Kélotomies. | 77,7 | 10,2 |

Il y a, comme on le voit, un avantage très notable pour la période antiseptique.

La marche des maladies chirurgicales s'est effectuée sans fièvre dans les proportions que voici :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pour les amputations. | 11,8 0/0 | contre | 59,6 0/0 |
| les fractures compliquées. | 28,5 | — | 41,8 |
| les kélotomies. | 0,0 | — | 80,0 |

Tous les chiffres sont encore en faveur de la méthode antiseptique.

La durée moyenne a été :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Pour les amputations. | 103, 5 jours | contre | 48,7, | pour la dern. période. |
| les fractures compliq. | 100, 5 | — | 67,2, | — |
| les kélotomies. | 52, 5 | — | 26,0, | — |

Les complications accidentelles ont été remarquées dans les proportions suivantes, dans les deux laps de temps :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Amputations. | 35,9 0/0 | 1861-1870 | 7,9 0/0 | 1871-1880 |
| Fractures compliquées. | 41,6 | — | 18,7 | — |
| Kélotomies. | 1,1 | — | 0,0 | — |

Les complications comprennent surtout l'érysipèle, la septicémie, la pyohémie, etc.

La réunion par première intention a été observée :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Pour les amputations. | 0, | de 1861-1870 | 52,5 0/0 | de 1871-1880 |
| les fractures compliquées | 0, | — | 38,0 | — |
| les hernies étranglées. | 0, | — | 60,0 | — |

En somme, tous les chiffres militent en faveur de l'emploi de la méthode antiseptique. E. SCHWARTZ.

V. — Cataplasme, diachylum et eau alcoolisée, tels sont les moyens dont se sert M. Després.

Dans son service de la Charité sont entrés 409 malades pendant l'année 1881 ; 23 sont morts, soit 5.4 0/0 de mortalité, pas un cas d'infection purulente.

Les morts se répartissent ainsi :

4 morts le jour de leur entrée — 2 fractures du crâne, 1 infiltration urineuse, 1 gangrène sénile.

Une plaie contuse du crâne (mort au 3e jour).

1 kyste ovarique avec péritonite chronique suppurée, suite d'injection de chlorure de zinc faite hors de l'hôpital.

1 épithélioma de la verge, mort de pneumonie.

1 hypertrophie de la prostate.

1 abcès périnéphrétique, mort d'épuisement.

1 fistule purulente de l'ischion, suite d'abcès pelviens.

1 engelures ulcérées, ramollissement cérébral.

1 plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver.

1 cancer du cœur.

3 cancers inopérables.

2 tuberculeux.

5 décès opératoires sans septicémie ni infection purulente.

Voici la statistique des opérations :

*Amputations.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cuisse | 2 | guéris | 2 |
| Jambe partie moyenne | 1 | — | 1 |
| Gros orteil | 4 | — | 4 |
| Médius | 2 | — | 2 |

*Résections.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Astragale | 1 | guéri | 1 |
| Corps de l'omoplate | 1 | — | 1 |

*Ablation de tumeurs.*

| | | |
|---|---|---|
| Au nombre de 23 | morts | 3 |

Ces morts sont survenues : pour un anévrisme cirsoïde du front, enlevé au bistouri et qui fut suivi d'abcès du cerveau ; pour un cancroïde de l'anus, du rectum et du vagin enlevé avec le thermo-cautère — enfin pour un kyste ovarique opéré dans la salle, opération qui donna lieu à une péritonite purulente.

Les opérations diverses comprennent 2 décès :

Une mort chez une malade venue pour se faire désunir les paupières suturées un an avant et qui, prise d'un érysipèle, puis guérie de cette complication, succomba à une embolie pulmonaire ; une autre mort, amenée par la péritonite qui suivit la dilatation d'un rétrécissement du vagin.

Enfin, il y eut 6 ligatures d'artères et beaucoup d'inflammations graves et de grands traumatismes qui eurent une issue favorable.

L'auteur oppose avec confiance sa pratique à celle des listériens, le diachylum et l'eau alcoolisée au protective et à l'acide phénique. Je défends, dit-il en terminant, une chirurgie qui a fait ses preuves, et je lutte pour montrer que ce qui donne le succès dans le traitement des maladies chirurgicales, c'est l'indication thérapeutique bien remplie, l'opportunité de l'opération, les soins consécutifs et la préparation du malade, et non des produits chimiques que l'on exalte outre mesure. »

La discussion qui a suivi cette communication a surtout porté sur la durée du traitement que M. Polaillon considère comme beaucoup abrégée par les nouvelles pratiques antiseptiques.

Puis l'auteur a donné quelques détails sur l'ovariotomie malheureuse qui figure dans sa statistique. — Pendant l'opération, l'intestin resta sous ses yeux pendant près d'une demi-heure, et il aurait, pour ainsi dire, pu voir la péritonite se développer, l'intestin devenir rouge et granuleux. Aussi avait-il appliqué immédiatement un vésicatoire au niveau de chaque fosse iliaque. La malade mourut néanmoins le 3e jour de péritonite purulente.

M. Monod ne pouvant apporter encore le résultat de sa pratique, défend rigoureusement les nouvelles méthodes, rappelant l'épouvantable mortalité d'autrefois ; la fréquence des pyohémies, fléau des salles de chirurgie, et montre que si le chiffre des morts est tombé à la suite des opérations à 4 0/0 pour les cas simples, à 17 0/0 pour les cas compliqués, c'est à l'introduction des méthodes antiseptiques qu'est dû ce bienfait.

Un coup d'œil jeté sur les statistiques ne laisse plus de doute sur ce point.

Si l'on examine, d'autre part, les résultats obtenus avec ou sans Lister, relativement aux causes de la mort, on arrive à des constatations saisissantes.

L. JULLIEN.

**I. — Influence de l'eau oxygénée sur la fermentation, par Paul REGNARD. — Action conservatrice de l'eau oxygénée, par P. BERT et P. REGNARD** (*Soc. de biol.*, 26 *juin* 1880 *et* 5 *février* 1881).

**II. — Emploi de l'eau oxygénée en chirurgie, par PÉAN et BALDY** (*Soc. de biol.*, 1882, *et Tribune méd.*, *p.* 345, 1882).

**III. — Quelques topiques modificateurs ou antiseptiques, par NICAISE** (*Gaz. des hôp.*, 12 *août* 1882).

**IV. — L'eau oxygénée, son emploi en chirurgie, par L. LARRIVÉ** (*Thèse de Paris*, 1883).

**V. — Une modification du pansement antiseptique, par LISTER** (*Association française, Congrès d'Alger*, 1881).

**VI. — Ueber die Anwendung des Eucalyptus Oeles als Verbandmittel (Essence d'eucalyptus pour pansement), par BUSCH** (*Berlin. klin. Woch.*, 27 *septembre* 1880 *et* 28 *mars* 1881).

**VII. — Même sujet, par SIEGEN** (*Ibid.*, 28 *mars* 1881).

**VIII. — Des Eucalyptusœl, par H. SCHULZ** (*In-8°, Bonn*, 1881).

**IX. — Ueber die antiseptische Wirkung des Salicylresorcinketons, par Paul REPOND** (*Corresp.-Bl. für schw. Aerzte*, 15 *avril* 1883).

**X. — Zur Frage über die therapeutische Bedeutung des Trichlorophenol, par W. POPOFF** (*Cent. f. Chir.*, *n°* 27, 1883).

**XI. — Pansement au trichlorophénol, par BUTSCHIK** (*Ibid.*, *p.* 297, 1883).

**XII. — Naphtalin ein neues Antisepticum, par E. FISCHER** (*Berlin. klin. Woch.*, 28 *novembre* 1881).

**XIII. — Untersuchungen über die Wirkung des Naphtalin, par LE MÊME** (*Ibidem*, 20 *et* 27 *février* 1882).

**XIV. — Ueber den Wundverband mit Naphtalin, par LE MÊME** (*Ibid.*, 7 *août* 1882).

**XV. — Zur Naphtalinbehandlung, par RYDYGIER** (*Ibid.*, 16 *avril* 1883).

**XVI. — Ueber die Wundbehandlung mit Naphtalin, par C. BONNING** (*Thèse de Strasbourg*, 1882).

**XVII. — Du pansement à la naphtaline, par P. DIAKONOFF** (*Wratch*, *n°* 39, 1882, *et n°* 2, 1883).

**XVIII. — Ueber die antiseptische Wirksamkeit des Thymol-Gaze-Verbandes, par RANKE** (*Arch. f. klin. Chir.*, *Band XXVIII*, *Heft* 3, *p.* 526).

I. — D'après les expériences de MM. Regnard et Bert, l'eau oxygénée arrête ou empêche les fermentations alcoolique, acétique, butyrique. Elle conserve les substances qui ne la décomposent pas; elle est décomposée par la fibrine et le stroma du foie parfaitement lavé. Elle agit, soit par la tension de l'oxygène naissant qui se dégage, soit par une action propre à son arrangement moléculaire. Son action est temporaire. Elle perd ses propriétés quand on la chauffe entre 60° et 65°.

II. — Les auteurs ont employé l'eau oxygénée neutre comme antiseptique.

Elle a été appliquée à l'extérieur en fomentations, injections, vaporisations, et donnée à l'intérieur, à la dose de 3 à 5 grammes, dans l'urémie, la septicémie, l'érysipèle, le diabète, la tuberculose, etc.

Les pansements sont faits à l'aide de compresses de tarlatane trempées dans l'eau oxygénée et recouvertes de baudruche pour empêcher l'évaporation; spray à l'eau oxygénée et injections d'eau oxygénée par les tubes à drainage.

Résultats très satisfaisants, non seulement dans les petites opérations, mais dans les grandes amputations, l'ablation des tumeurs, l'arthrotomie, la laparotomie, etc.

Modification rapide des plaies de mauvaise allure; tendance marquée à la réunion.

Aucun effet toxique; aucune élévation de la température; ni douleur ni odeur.

*Conclusion.* — L'eau oxygénée, c'est-à-dire l'eau contenant six à deux fois, selon les cas, son volume d'oxygène, remplace avantageusement en chirurgie l'alcool et l'acide phénique. DE SANTI.

III. — L'eau oxygénée a été employée par M. Nicaise sur une plaie gangréneuse de très mauvais aspect, sur une plaie de 49 centimètres de circonférence, produite par une eschare de la région sacrée, sur des ul-

cères variqueux chroniques. Sous l'action du topique, les plaies se sont rapidement détergées et couvertes de bourgeons charnus de bonne nature.

IV. — Confirmation des résultats énoncés par Péan; observations à l'appui. A. C.

V. — L'acide phénique est irritant pour la peau. Lister admet cette irritation; cependant elle est moins forte quand la gaze renferme une forte proportion d'acide phénique que lorsqu'elle en contient peu. La gaze aussi est irritante par la résine et la paraffine qu'elle contient.

Pour prévenir cette irritation, Lister s'est servi d'une crème d'acide phénique, d'acide salicylique et de glycérine; il a eu de bons résultats.

Il a cherché aussi à substituer dans la gaze un agent plus antiseptique et moins irritant que l'acide phénique; il est arrivé à ce but avec l'huile d'eucalyptus.

Il fait une gaze avec une partie d'huile d'eucalyptus, trois de résine et trois de paraffine.

Cette gaze, appliquée sur une plaie irritée par l'acide phénique (drainage du genou pour une hydarthrose), a amené la disparition des accidents et la guérison rapide. DE SANTI.

VI, VII et VIII. — Trois raisons s'opposent encore à l'emploi un peu général de l'essence d'eucalyptus comme topique des plaies : son prix élevé (42 fr. 50 c. le kilogramme), la composition variable des produits commerciaux vendus sous ce nom, enfin son odeur extrêmement désagréable quand on l'emploie en certaine quantité. Mais tous ces inconvénients sont peu de chose comparés aux précieuses propriétés antiseptiques de cet agent, qui a sur l'acide phénique l'avantage de n'être pas toxique.

Les expériences de Schulz ont montré que l'essence récemment distillée contient certaines substances qui irritent la peau, mais qui disparaissent dans l'essence d'eucalyptus conservée depuis quelque temps et agitée par intervalles à l'air.

Même à l'état concentré, on peut l'employer pour panser les plaies traitées à ciel libre. Elle les déterge et les désodorise plus rapidement qu'aucun autre désinfectant; en même temps, elle modère la suppuration et excite le développement des bourgeons charnus.

En revanche, on ne peut songer à en faire usage dans les pansements par occlusion, dans les plaies soignées à l'abri de l'air, car elle agit alors comme un caustique déterminant des phlyctènes, lors même qu'on l'a diluée à 3 0/0.

IX. — La *salicylrésorcinecétone*, préparée par A. Michael (*Jahresberichte der Berliner chim. Gosellsch*, 1881) en chauffant plusieurs heures à 200°, de l'acide salicylique avec de la résorcine, est un corps très peu soluble dans l'eau même chaude, mais se dissolvant facilement dans la glycérine et l'alcool. Le perchlorure de fer teint en brun-rouge ses solutions.

Son odeur est faiblement aromatique et sa saveur nullement désagréable.

Les expériences de Repond montrent que cette substance jouit : 1° de propriétés antiputrides moins énergiques que celles des acides salicylique et phénique; elle ne tue pas les spores des bactéries, mais enraye

leur développement; 2° de propriétés antipyrétiques. Administrée à la quantité journalière de 3 à 4 grammes, répartie en plusieurs doses, elle ne détermine aucun symptôme incommode.

Le travail de Repond contient également quelques essais d'application de la salicylrésorcinecétone au pansement des plaies et aux affections de la cornée, comme topique.

En expérimentant sur lui-même, l'auteur a reconnu qu'une partie de la substance ingérée se dédouble dans l'économie en résorcine et acide salicylique, ainsi que le témoigne la présence d'acide salicylurique dans l'urine, tandis que le reste est éliminé sans avoir subi de modification.

Repond a fait aussi quelques expériences sur la *salicylphénolcétone*, obtenue par Michael, en chauffant ensemble à 120° de l'acide salicylique, du phénol et du perchlorure d'étain. C'est un corps non toxique même à la dose de 10 grammes. Il ne subit pas de dédoublement dans l'organisme et se retrouve dans l'urine sous forme d'acide éthérosulfurique. Ses propriétés antiseptiques sont moindres que celles de la salicylrésorcinecétone.

Enfin, il a aussi étudié l'action antiseptique d'autres corps aromatiques, tels que la *phénanthrenquinone*, l'acide *phénanthrenglycolique*, l'acide *sulfanilique*, l'*oxysulfobenzide*, l'*aledéhyde salicylique*, le *paroxybenzaldéhyde* et le *furfurol*.

Les résultats ont été nuls pour les trois premiers. L'oxylsulfobenzide et les deux aldéhydes sont des antiseptiques moins efficaces que le phénol. En revanche, le furfurol à la dose de 0,5 0/0 empêche la putréfaction du pancréas. J. B.

X. — L'acide phénique et l'iodoforme, employés dans les pansements antiseptiques, ont des inconvénients nombreux qui doivent pousser à la recherche d'un antiseptique énergique et inoffensif. Popoff propose le trichlorophénol, découvert par Laurent en 1836, appliqué à la thérapeutique chirurgicale par W. Dianin en 1879 et très usité aujourd'hui en Russie, surtout pour le traitement de l'érysipèle.

Popoff l'emploie dans l'érysipèle chirurgical depuis l'automne 1882. Deux à trois badigeonnages de la partie malade avec une solution à 5 0/0 dans la glycérine suffisent à enrayer le processus; la fièvre décline et la convalescence arrive en 3 à 5 jours. — Sur 8 cas d'érysipèle, il a constamment obtenu ce résultat; Jurinsky, son collègue, également.

L'action antiseptique du trichlorophénol se manifestant même à une solution de 0,02 0/0, Popoff l'emploie aussi en injections et pulvérisations pour la leucorrhée, l'uréthrite, la dysenterie, la laryngite ulcéreuse (sol. à 0,06 0/0). DE SANTI.

XI. — Butschik s'est servi du trichlorophénol pour panser des plaies de diverse nature et il en a obtenu les meilleurs résultats. D'après lui, l'effet de cet agent serait d'autant plus frappant que la plaie offre des caractères plus marqués de septicité. Il se sert d'une solution à 1 0/0.

XII, XIII et XIV. — Nous ne donnerons que les principaux résultats des expériences de Fischer sur l'action antiseptique de la naphtaline; on en trouvera l'exposé détaillé dans le second mémoire de cet auteur.

Une atmosphère de naphtaline non seulement prévient le développement des mucédinées qui vivent à la surface des liquides, mais encore tue celles qui se sont développées antérieurement. Les expériences ont

été faites sur le penicillium glaucum, l'eurotium aspergillus glaucus, le mucor mucedo, le mucor stolonifer, le phycomyces nitens et l'oïdium lactis.

L'action toxique de la naphtaline n'est pas aussi intense pour les mucédinées qui végètent à l'intérieur des liqueurs telles que les levures (lie de vin, ferment acétique). Le début des fermentations est seulement retardé et moins énergique.

En ce qui concerne les schizomycètes, la naphtaline empêche la putréfaction de l'urine, du sang, du pus, du liquide d'hydrocèle. Elle retarde la coagulation du lait, la putréfaction de la viande et du pancréas; ici, comme ailleurs, ses effets quoique limités sont supérieurs à ceux de l'iodoforme. Jusqu'ici, l'auteur n'a pu réussir cependant à empêcher la pullulation des micro-organismes dans les extraits de viande.

La naphtaline a même une certaine action sur le ferment non organisé de l'urine.

Fischer n'a pas eu à sa disposition de bactéridies charbonneuses.

De ces expériences, il conclut que la naphtaline peut trouver des applications dans l'économie agricole et domestique pour la conservation des graines et des fruits.

Les expériences de Kohts ont montré à Fischer que la naphtaline n'a aucune efficacité contre la diphtérie.

Les effets toxiques de cette substance sur les insectes sont déjà utilisés depuis longtemps par les entomologistes et les pelletiers. A Strasbourg, on a reconnu la même chose pour les puces et les acares de la gale.

La naphtaline en inhalation n'est pas un poison pour les oiseaux, les quadrupèdes et l'homme. Administrée par l'estomac à des chiens, elle s'est bornée à déterminer de la diarrhée, sans inflammation de l'intestin, ni vomissements. Quand elle est ingérée, elle se retrouve en majeure partie dans les matières fécales et dans l'urine qui se fonce, par le repos, sans acquérir jamais la teinte noir de jais que lui donne l'acide phénique.

Jamais son emploi externe, même chez les enfants, n'a déterminé de collapsus.

Elle s'est montrée impuissante contre le tænia.

Appliquée à l'état pulvérulent sur la peau, elle ne l'irrite pas; sur les plaies, elle n'entrave nullement l'issue des liquides sécrétés, en formant des croûtes par agglutination avec le sang ou le pus. Elle ne gêne ni la formation des bourgeons charnus ni le travail de cicatrisation.

Sous son influence, les sécrétions des plaies deviennent séreuses et les plaies sanieuses se détergent. Quand les sécrétions sont profuses, il est nécessaire de la renouveler fréquemment.

La naphtaline est 50 fois moins chère que l'iodoforme.

XV. — Rydygier croit pouvoir expliquer les opinions divergentes de Fischer, Diakonow, Hager, Jasinski et Klink, d'une part, et d'Anschütz, Hœffmann, d'autre part, sur la valeur de la naphtaline comme agent de pansement.

Rydygier est très favorable à son emploi comme succédané de l'iodoforme. Il a été encouragé à s'en servir dans les circonstances suivantes. Ayant à traiter une vaste plaie inguino-crurale produite par une machine qui avait mis à nu les vaisseaux fémoraux, il recourut successivement à

l'acide phénique, au sublimé, à l'iodoforme sans pouvoir modifier l'état atonique de la plaie ni amener un commencement de cicatrisation : les bourgeons charnus, flasques, grisâtres, saignaient facilement et se fendaient au fur et à mesure. Au bout de deux mois, il songea à la naphtaline qui, en un clin d'œil, modifia favorablement la scène morbide.

Dès lors, il l'a employée dans tous les cas où il employait précédemment l'iodoforme, c'est-à-dire dans les plaies opératoires ou non, les plus diverses.

Jamais il ne l'a vue produire d'érysipèle. Quant aux phénomènes d'irritation, ils varient beaucoup selon les individus, comme c'est le cas pour tout autre topique. C'est ainsi que, dans un cas de fistule anale, il a dû substituer à l'iodoforme qui provoquait de l'eczéma, la naphtaline qui s'est montrée inoffensive. Chez d'autres malades, en revanche, la naphtaline a déterminé de la rougeur et même de l'eczéma au pourtour des plaies.

Son application cause communément une sensation passagère de brûlure.

Elle n'irrite nullement les téguments sains.

Somme toute, Rydygier la croit plus irritante que l'iodoforme, ce qu'il regarde comme une qualité dans le traitement des ulcères torpides ou des adénites suppurées.

Quant à la formation des croûtes, par agglutination du topique avec les fluides sécrétés, on ne l'a vue se produire qu'autant qu'on ne revêt pas le pansement d'un tissu imperméable qui s'oppose à l'évaporation et à la dessiccation des sécrétions ; sinon la naphtaline, comme toutes les autres poudres, s'attache au pus et peut gêner l'issue des sécrétions.

Les hémorragies et les douleurs notées par Hœffmann lui paraissent s'expliquer par le milieu dans lequel cet auteur a fait ses observations : les malades ambulants d'une policlinique.

En résumé, la naphtaline n'est pas un agent de pansement universel, mais un équivalent inoffensif et économique de l'iodoforme.

Voici comment Rydygier l'emploie : après en avoir saupoudré la plaie, il applique successivement par-dessus de la gaze et de l'ouate au sublimé, du papier parcheminé et des bandes de tarlatane. J. B.

XVI. — Étude des bons effets de la naphtaline faite sur les malades de la clinique de Lücke à Strasbourg. L'auteur trouve à ce mode de pansement tous les avantages, prix très modéré, et maniement faciles ; absence d'intoxication. Cette propriété doit le faire adopter pour tous les malades qui sont sensibles à l'action de l'acide phénique, comme les enfants, les grands blessés ou les sujets atteints d'affections rénales.

A. C.

XVII. — L'auteur a employé le pansement à la naphtaline chez 90 malades (ulcères, plaies, grandes et petites opérations chirurgicales). La plaie, préalablement nettoyée, était d'abord badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc à 8 0/0, puis saupoudrée de naphtaline, recouverte d'une couche d'ouate naphtalinisée et d'une seconde couche d'ouate hygroscopique et de papier ciré. Pour préparer l'ouate et les tissus naphtalinisés, on les imprégnait de la solution suivante : naphtaline 1, alcool et éther ââ 4.

Dans tous les cas d'ulcères atoniques et gangreneux, on observait, sous

l'influence de la naphtaline, la formation de bonnes granulations et une prompte cicatrisation ; la température restait normale ; jamais il n'y eut de symptômes d'intoxication ou d'irritation de la plaie. Deux malades seulement se plaignirent de vives douleurs sous l'influence de la naphtaline. Dans deux cas, un érysipèle survint ; mais il faut dire qu'à ce moment, dans la ville d'Orel (où l'auteur a son service) cette maladie était épidémique. Comme les autres antiseptiques, la naphtaline ralentit la cicatrisation des surfaces granuleuses et diminue leur sécrétion, ce qui fait que la période de cicatrisation est de longue durée. HOLSTEIN.

XVIII. — D'après des statistiques, dont Ranke donne le résumé dans son travail, et qu'il a dressées de juin 1878 à mai 1882, à l'hôpital de Groningue, hôpital qui, dit-il, n'est pas aseptique (il en fournit la preuve détaillée), Ranke conclut :

1° Que le thymol, employé à l'état de gaze dans le pansement des plaies, satisfait complètement aux conditions que l'on exige d'un pansement antiseptique ;

2° Qu'il n'y a, au point de vue théorique et au point de vue pratique absolument, aucune différence dans l'action antiseptique du thymol.

Ranke prétend expliquer les résultats défavorables obtenus à l'aide de ce pansement, par les différentes sortes de thymol livrées par le commerce et contenant une quantité notable de matières étrangères.

E. SCHWARTZ.

**I. — Sur deux nouveaux antiseptiques, le glycéroborate de calcium et le glycéroborate de sodium, par G. LE BON** (*Bull. Acad. des sciences*, 17 *août* 1882).

**II. — Notes on the use of boroglyceride in the treatment of wounds, par Henry-A. LEDIARD** (*The Lancet, II, p.* 841, 1882).

**III. — Boroglyceride, par G.-Granville FAUGHT** (*Medical Progress*, 26 *mai* 1883).

**IV. — Boroglyceride in the treatment of diseases of the eye and ear, par L.-Webster FOX** (*Ibid., mai* 1883).

**V. — Wismuth als Antiseptik, par Th. KOCHER** (*Samml. klin. Vorträge*, 1882).

**VI. — Ueber die Resultate des Wismuthbehandlung in Städtischen hospitale.... (Pansement au sous-nitrate de bismuth), par RIEDEL** (*Verhand. der deut. Gesell. f. Chir., XII° Congrès*, 1883 *et Arch. f. Chir.* 1883. *Band XXIX. Heft* 3, *p.* 469).

**VII. — Le pansement sublimé, par BERGMANN** (*Cours de chirurgie de guerre, in Deutsch. milit. Zeitsch.*, 1882).

**VIII. — Die antiseptische Wundbehandlung mit schwacher Chlorzinklösung (Le pansement avec la solution faible de chlorure de zinc), par Th. KOCHER** (*Samml. klin. Vorträge, n°s* 203, 204, 1881).

**IX.— Beitrag zur Werthbestimmung des trockenen Chlorzinkwergs (Détermination de la valeur de l'étoupe sèche au chlorure de zinc), par Ed. HIRSCHSOHN** (*St-Petersburg. med. Wcch., n°* 50, 1882).

**X. — Ueber Sphagnum und Torf als Verbandmittel (Pansements à la sphaigne et à la tourbe), par W.-H. MIELCK et H. LEISRINK** (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 *septembre* 1882).

**XI. — Klinische experimentelle und botanische Studien ueber die Bedeutung**

**der Torfmulls als Verbandmaterial, par G. NEUBER, GAFFKY et PRAHL** (*Arch. f. klin. Chir., XXVIII, Heft* 3, *p.* 483).

**XII. — Ueber die Uerwendung des Holztoffes zum antiseptischen Verbande, imsbesondere den Sublimat-Holzwolleverband (Paille de bois au sublimé), par G. WALCHER** (*P. Brun's Mittheilungen, p.* 168, 1883, *et Centralbl. f. Chir., n°* 32, 1883).

**XIII. — Frisches getrocknetes Moos ein gutes Verbandmaterial (La mousse fraîche desséchée comme bonne matière à pansements), par HAGEDORN** (*Arch. f. klin. Chir.*, 1883. *Band XXVIII, Heft* 3, *p.* 479.)

**XIV. — Ueber antiseptische Zuckerverbande (Pansement au sucre), par F. FISCHER** (*Cent. f. Chir., n°* 34, 1883).

I. — Ces deux corps seraient des antiseptiques puissants, très solubles, inoffensifs, sans odeur ni saveur.

Le glycéroborate de sodium en particulier est excellent en thérapeutique : il est soluble dans l'eau en toute proportion ; on peut l'appliquer à l'état concentré, sur l'œil même sans inconvénient.

L'auteur a envoyé à la Plata des viandes recouvertes d'un simple vernis de glycéroborate ; elles sont arrivées aussi fraîches qu'au départ.

Il le conseille pour les pansements, les injections, les applications sur les muqueuses, etc.

II. — L'auteur l'a employé plusieurs fois avec succès, mais il n'ose pas conclure de sa seule expérience. Il dit que c'est un antiseptique à essayer. DE SANTI.

III. — Ce produit antiseptique et astringent est une combinaison d'acide borique et de glycérine. Le mélange doit être chauffé jusqu'à ce que l'eau résultant de la combinaison soit chassée. Une trop forte chaleur décomposerait le produit qui fournirait des vapeurs d'acroléine, deviendrait noir et irritant. Légèrement ambré, vitreux, sans odeur, le boroglycéride est soluble dans la glycérine en toutes proportions et au 1/10 dans l'eau chaude. On l'a employé en solution dans la glycérine au 1/50. Antiseptique et désodorant pour les plaies, il maintient les cataplasmes humides pendant de longues heures. En tampons vaginaux, il arrête la leucorrhée, quelquefois en une seule application, et constitue un excellent traitement dans la blennorragie sous forme de bougies gélatineuses. D'après le docteur Jamieson (*Edin. med, journ.*, déc. 1882), son emploi donne de bons résultats dans le traitement de l'angine diphtéritique. L'auteur s'en est bien trouvé dans la pharyngite et l'amygdalite simples.

IV. — M. Fox l'a employé avec grand succès dans toutes les affections oculaires accompagnées de sécrétion ; la sécrétion et la congestion diminuent rapidement ; le pus devient séreux en peu de temps. Il peut même se produire de la sécheresse de la conjonctive ; dans ce cas on interrompt le traitement pour appliquer un peu de nitrate d'argent. L'auteur mentionne encore les ulcères de la cornée, la kératite vasculaire, les pansements après opération (cataracte, etc.). Dans l'otorrhée, les résultats ont été aussi excellents.

Dans la blépharite, les granulations des paupières, le pannus, les

opacités, le ptérygion, l'épisclérite, c'est un adjuvant de grande valeur. R. CALMETTES.

V. — Kocher a déjà indiqué, dans son travail sur l'iodoforme, les propriétés du bismuth en thérapeutique chirurgicale ; il donne dans ce travail actuel les résultats que lui a donnés ce pansement.

Schuler, dans une thèse faite sous la direction de Kocher, a déjà démontré que le magistère de bismuth a réellement des propriétés antiseptiques, car il s'oppose au développement des bactéries de la putréfaction. De plus, il a sur la plupart des antiseptiques connus l'avantage d'être à peu près inoffensif pour l'organisme, même à de fortes doses. Cependant on a observé, quand il a été employé en grandes quantités sur les plaies, des stomatites aiguës, des diarrhées et des néphrites catarrhales. Après de nombreux essais, Kocher s'est arrêté à la méthode suivante :

On fait avec du sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé deux émulsions dans l'eau, l'une à 1 0/0, l'autre à 10 0/0. La première est de temps en temps injectée avec une simple seringue sur le champ opératoire, de façon à couvrir tous les points de la plaie d'une mince couche de bismuth. Après l'opération, on touche encore la plaie avec la solution à 10 0/0, on fait toutes les sutures, *mais on ne les noue pas*, puis on applique directement sur la plaie un pansement fait avec des couches de gaze ou de coton hydrophile trempées dans la solution de bismuth à 10 0/0 ; par-dessus une enveloppe de caoutchouc, de l'ouate et une bande sèche. Au premier renouvellement du pansement, 12 à 48 heures plus tard, on arrose la plaie avec la solution de bismuth, puis *on noue les sutures sans placer aucun drain*. On renouvelle ultérieurement le pansement aussi souvent que la sécrétion l'exige. Les sutures sont enlevées en temps ordinaire et si la guérison de la plaie n'est pas encore complète en quelque point, on recouvre ce point de bouillie de bismuth. Dans les cas où l'on aura pu assurer exactement l'hémostase pendant l'opération, on fermera immédiatement la plaie dans toute son étendue et on fera un pansement fortement compressif, par exemple avec des bandes de caoutchouc.

Sur les 36 cas qu'il a traités de la sorte, presque tous se sont réunis sans accidents et par 1re intention autant que la chose se pouvait. Ce sont : 1 cas de résection de la mâchoire inférieure, 1 résection étendue du larynx, 1 extirpation très considérable de ganglions cervicaux, 7 excisions de goitre, 1 amputation de la mamelle, 3 cures radicales de hernie, 2 castrations, 1 incision d'hydrocèle, 1 fracture compliquée du bras, 2 résections du coude, 1 résection du poignet, 1 amputation de cuisse, 5 arthrotomies et résections de la hanche, 4 id. du genou, 3 résections de l'articulation de Chopart et 2 d'une articulation métatarso-phalangienne.

Le mécanisme de la guérison, dit Kocher, est une agglutination des surfaces cruentées recouvertes d'une mince couche de bismuth, de telle sorte qu'au bout de 24 heures, on peut habituellement définitivement fermer la plaie par la suture sans placer de drain.

VI. — En janvier et février, le bismuth a été employé pur ; on a pu constater que les plaies demeuraient aseptiques dans la plus grande partie des cas. L'action antiseptique du bismuth dépend peut-être du dégagement constant de petites quantités d'acide nitrique ; en tout cas, malgré son insolubilité dans l'eau, il agit comme caustique sur les tissus animaux ; introduit dans la cavité pleurale, il provoque une pleurésie

adhésive ; injecté, dans la cavité péritonéale il provoque l'adhérence des anses intestinales et même lorsqu'il est déposé en couche épaisse, la perforation de l'intestin. C'est pourquoi il faut toujours, dans les opérations sur la cavité abdominale, ne l'employer qu'avec la plus grande prudence ; dans les plaies ordinaires son action caustique ne se manifeste pas : il ne s'oppose pas à la réunion primitive des surfaces des grandes plaies, mais il les favorise à un haut degré. On n'a pas observé d'action collatérale mauvaise, néphrite ni stomatite ; on n'a, du reste, employé que rarement des quantités supérieures à 2 grammes, tout au plus 4 grammes.

L'action du bismuth dans la cavité des abcès paraît être très limitée le pus d'un abcès aigu mêlé en parties égales à une mixture à 1 0/0 de bismuth, injecté dans le genou d'un animal, agit exactement comme si l'on n'y avait pas ajouté de bismuth, tandis que l'addition en parties égales d'une solution de sublimé à 1 0/1000 annihile complètement sa puissance.

Contre l'érysipèle le bismuth est complètement impuissant et même il semble le favoriser (sur 61 patients 8 eurent de l'érysipèle). En conséquence à partir du mois de mars on n'employa plus le bismuth que combiné au sublimé et il n'y eut plus d'érysipèle, ce qui certainement peut être l'effet du hasard, mais ce qui concorde si bien avec l'heureuse expérience de la clinique de Wurtzbourg et de la maison de santé de Magdebourg qu'on ne saurait alléguer le hasard seul.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, Kocher dit que, d'après ses recherches expérimentales, le bismuth n'agit pas sur les agents d'infection, les microbes, mais sur les milieux de leur nutrition qu'il rend impropres au développement des micro-organismes. Si l'on mélange du sang de bœuf à une mixture de bismuth à 1 0/0, il se forme un albuminate de bismuth qui se dépose au fond du vase et ne se putréfie pas, mais par contre, la putréfaction des substances déjà putrides n'est pas arrêtée par l'addition d'une mixture à 20 0/0. Le bismuth partage donc avec l'iodoforme l'inconvénient de nécessiter un territoire aseptique avec des instruments aseptiques, etc., et de ne pouvoir être employé sans d'autres antiseptiques tels que l'acide phénique. Dans les plaies dans lesquelles on redoute l'infection, on peut introduire de la poudre en nature ; on pourra de la sorte assurer l'asepsie.

Le bismuth peut provoquer des accidents toxiques. Kocher a observé des néphrites et des entérites. Il se fixe dans les tissus, les épithéliums et surtout les parois vasculaires. L'intoxication est facile à reconnaitre à la coloration brune de ces parties. L'épithélium des glomérules ainsi colorés se nécrose et il en résulte une inflammation, une néphrite interstitielle. La même chose se passe dans l'intestin où les villosités sont le point de départ de la maladie.

Kocher revient ensuite une fois de plus sur les avantages de la suture secondaire, quoique le travail soit ainsi double.

*V. Langenbeck* défend chaudement le pansement au bismuth. Lui aussi fait la suture et le drainage primitifs, mais il enlève le drain dès le 2e jour. Il a vu dans plusieurs amputations du sein et dans l'extirpation d'une tumeur vasculaire du volume du poing du demi-membraneux, opération durant laquelle les vaisseaux et les nerfs du creux poplité avaient été mis à nu, une réunion rapide, et il vante l'action sic-

cative, diminuant les sécrétions de cet agent. Il préfère l'iodoforme pour le traitement sous-crustacé.

*Israel* n'a encore que peu d'expérience de ce traitement mais il a été témoin de graves phénomènes d'empoisonnement dans l'extirpation de ganglions cancéreux de l'aisselle. Il s'est servi le plus souvent dans ses opérations d'une mixture à 2 0/0, une fois ensuite à 10 0/0. Les plaies de l'aisselle guérirent en 10 jours, mais en revanche il se développa une stomatite aiguë, gangréneuse, après la guérison de laquelle les parties atteintes de la muqueuse demeurèrent fortement colorées en bleu noir, coloration qui n'a pas encore diminué aujourd'hui, six mois environ après l'opération. Dans le pourtour de la plaie axillaire se montrèrent au bout de 2 ou 3 mois, des noyaux de diverse grosseur (jusqu'à celle d'un noyau de cerise) qui parurent constitués par des amas de bismuth.

*Kocher* a également observé une stomatite avec coloration noire, mais celle-ci a bientôt disparu. Il est d'avis que, puisque la faible partie de bismuth qui est dissoute assure l'asepsie, on peut employer des mixtures encore beaucoup plus faibles.

*E. Hahn*, d'après 40 à 50 faits, préconise l'action hémostatique et desséchante de l'agent en question.

VII. — Dans ces leçons, Bergmann donne de précieux enseignements tirés de son expérience de la pratique de la chirurgie de guerre, principalement dans la dernière guerre russo-turque en Bulgarie. — 1° Une exposition de sa méthode et du pansement antiseptique. — 2° Des modifications possibles. — 3° Une discussion de la possibilité de l'emploi des antiseptiques en guerre et de son exécution pratique.

Bergmann demande quatre choses à l'antisepsie : une hémostase minutieuse contre la tendance à la corruption du sang ; un bon drainage pour l'évacuation des produits de sécrétion corrompus ; un complet enveloppement dans une matière à pansement bien hygroscopique et imprégnée d'antiseptique ; et, pendant l'application du pansement, des précautions contre l'introduction de causes d'infection dans la plaie, telle la désinfection des mains, le lavage, le rasage et la désinfection du voisinage de la plaie, le spray, etc. Il donne une importance toute spéciale aux indications qu'il expose plus loin et à la compression par l'intermédiaire d'un pansement antiseptique. — Il préconise l'antisepsie principalement à l'aide du sublimé dont l'action, d'après lui, est égale à 800 fois celle de l'acide phénique. La capacité de la gaze phéniquée pour l'acide phénique se perd encore plus vite, d'après Bergmann, qu'on ne l'a cru ; le perchlorure de fer, quelquefois après quelques semaines, ne la ramène plus à la couleur violette. L'imprégnation des matières à pansement avec le sublimé est bien préférable et ce mode de pansement, tant en général qu'au point de vue spécial de la guerre, est très recommandable. On l'essaie depuis plusieurs années, à l'office sanitaire impérial sur des germes très virulents et jusqu'ici, les résultats que l'on a obtenus pour chaque infection avec des lavages de solutions de sublimé, sont très heureux. L'eau sublimée de Bergmann est de 1/2 à 1 0/1000 de sublimé. On prépare la matière à pansement sublimée de la façon suivante : De la la gaze ou de l'ouate chimiquement pure doit être lavée pendant assez longtemps dans une chaudière avec une lessive de soude, puis elle est de nouveau passée à une eau légèrement acidulée (par HCl) aussi long-

temps que l'eau de lavage ne présente pas une réaction franchement acide, puis elle est introduite dans une bombonne avec la solution suivante de sublimé : sublimé : 7,5 (une plus grande quantité est irritante); alcool 1000; eau 1500; glycérine 500. La gaze demeure une demi-heure au contact de la solution, l'ouate doit y demeurer quatre jours, pour que l'imbibition soit uniforme ; exprimer ensuite (ou tordre) et dessécher dans une étuve ; préparer une provision pour 8 à 14 jours, suivant le nombre des malades. — Les paquets d'ouate éprouvés avec l'acide sulfhydrique se montrent très riches en sublimé.

Il faut préférer sans hésiter, pour certains emplois, l'acide phénique ainsi, pour le spray et l'irrigation, et particulièrement pour la toilette de la plaie avant la suture. Il faut user de la solution phéniquée, parce que celle-ci pénètre plus profondément dans les tissus que la solution sublimée, laquelle coagule immédiatement les substances albuminoïdes. Toutefois chez les enfants, elle peut être cause d'intoxication phéniquée ; il faut y veiller et, pour le même motif, le spray doit être supprimé.

Voici les principes que pose Bergmann pour toutes les plaies qui ne sont pas encore en suppuration : Les instruments et les mains doivent fréquemment, pendant l'opération, être plongés dans l'eau sublimée ; au lieu d'éponges il faut user de fragments de gaze sublimée pour laver et asperger ; les ligatures des vaisseaux doivent être faites en catgut bien résorbable, les sutures faites avec la soie de Czerny (que Bergmann fait bouillir pendant 1 heure ou 1 heure 1/2 dans la solution sublimée à 1,5 ou 2 0/0)... Après la suture, on applique la mousseline, la gaze, que Bergmann étale en couche régulière, puis par-dessus le tout, l'enveloppe de gaze sublimée (8 doubles de gaze avec une feuille de papier de gutta-percha entre les deux derniers doubles). Le pansement est assujetti par des bandes de gaze ou, s'il faut exercer une certaine compression, par des bandelettes gommées.

VIII. — L'acide phénique est toxique et il faut l'abandonner. Kocher seul a eu 11 cas d'empoisonnement phéniqué grave dont quatre mortels, chez des enfants.(Dans deux cas, il fit la transfusion qui ne sauva pas les malades ; un de ces malades succomba à une hémorragie de la radiale consécutive à la transfusion : — dans un troisième cas, le malade fut sauvé par la transfusion).

Kocher a alors employé le chlorure de zinc, déjà usité par les chirurgiens anglais, par Socin, Billroth et Bardeleben ; mais sa pratique diffère de celle de ces chirurgiens en ce qu'il ne dépasse pas une solution à 2 ou 2,5 0/0, tandis que les autres l'emploient à 8 0/0.

De ses expériences nombreuses, faites avec Ammat, sur le pouvoir antiseptique du chlorure de zinc, il conclut qu'une solution à 0,2 0/0 suffit pour maintenir l'asepsie et une solution à 1 0/0 pour rendre une plaie antiseptique.

La méthode consiste en :

Irrigation ou lavage d'une plaie récente, à l'aide d'éponges ou d'un irrigateur, avec la solution à 0,2 0/0 ; application directe sur la plaie d'un papier de gutta-percha imbibé de la solution à 0,2 0/0 ; par-dessus, mousseline et compresse en tissu hydrophile trempées dans la même solution; enfin enveloppement du tout avec du papier de gutta-percha, de l'ouate et une bande.

Au début, il se servait d'un spray à 0,2 0/0, mais il l'a bientôt abandonné, parce qu'il était trop caustique ; de même il trempait d'abord la compresse hydrophile dans une solution de chlorure de zinc à 1 0/0 dans la glycérine, et désinfectait le champ opératoire avec une solution aqueuse à 2 0/0 et les instruments dans une solution à 4 0/0 ; il en est arrivé à réduire à 1 0/0 cette dernière solution et même à désinfecter le champ opératoire, les instruments et les mains, à imbiber les éponges et les compresses avec l'acide phénique. Il se sert en même temps du catgut au genièvre et de la soie phéniquée.

Il a fait ainsi 85 opérations, dont 1 désarticulation de la hanche pour un sarcome, guérie, — 1 désarticulation de l'humérus avec la clavicule et la moitié de l'omoplate, guérie en 5 semaines, — 1 amputation de la cuisse, guérie en 8 jours, — 4 résections du genou, guéries en 1 à 4 semaines, — 1 ostéotomie du tibia, — 1 suture de l'olécrâne, — 1 suture de la rotule également guéries, etc. Mais il a eu 2 cas de septicémie aiguë à la suite d'excisions de la langue et 1 à la suite d'extirpation du rectum, 1 mort de pneumonie à la suite d'une trachéotomie, — une septicémie développée à la suite d'une résection du genou a cependant guéri.

En résumé, Kocher conclut que « pas plus que l'acide phénique et moins que celui-ci, le chlorure de zinc n'est une panacée dans le pansement des plaies ».

IX. — L'étoupe de la marine, imprégnée pendant 12 heures de vapeur de soufre, puis trempée dans une solution de chlorure de zinc à 8 ou 10 0/0, comprimée et desséchée, c'est-à-dire telle qu'elle est employée à la clinique de Dorpat, est-elle une matière à pansement complètement aseptique et contient-elle du chlorure de zinc à l'état de répartition régulière ?

Des liquides de culture stérilisés et renfermés dans des ballons de verre se troublent au bout de 10 heures quand on y introduit 1 gramme d'étoupe non préparée, au bout de 1 à 3 jours quand l'étoupe a été préalablement exposée à l'action de l'acide sulfureux, pendant 24 heures. — L'étoupe exposée 12 heures au chlore gazeux ne trouble pas les liquides au bout d'un mois. — L'étoupe imbibée d'une solution de ZnCl à 10 0/0. comprimée et séchée, trouble le liquide de Cohn-Eidam au bout de trois jours. Mais l'étoupe *bouillie* pendant une demi-heure avec 10 fois son poids de solution de ZnCl à 10 0/0, puis desséchée, ne trouble pas le liquide; de même l'étoupe passée à la solution à 4 0/0.

Cela concorde avec les résultats donnés par l'analyse :

L'étoupe imprégnée de ZnCl à 10 0/0 renferme 14, 8 0/0 de sel à l'état sec, etc., enveloppée simplement de papier filtre, elle en renferme encore 10 à 11 0/0 au bout de 6 mois.

L'auteur a encore expérimenté, en prenant l'urine comme liquide de culture, l'étoupe chlorurée, comparativement à l'ouate salicylée à 4 et 10 0/0. — Or, avec l'étoupe chlorurée à 8 0/0, l'urine demeure 6 jours limpide, tandis qu'elle se trouble au bout de 2 jours avec l'ouate salicylée à 4 0/0. — L'ouate salicylée à 10 0/0 donne les mêmes résultats que l'étoupe chlorurée à 8 0/0.

L'étoupe chlorurée à 14,8 0/0 rend l'urine alcaline, et putride, rapidement acide et limpide, tandis que l'ouate salicylée à 8 et même 10 0/0 n'ont pas ce résultat. DE SANTI.

X. — La puissance d'absorption pour les liquides que la tourbe pos-

sède à un si éminent degré tient à la structure anatomique toute spéciale d'une famille de mousses qui en forme l'élément essentiel. En effet les sphagnacées ont des cellules qui communiquent toutes entre elles.

Guidés par ces considérations botaniques, les auteurs ont eu l'idée de substituer l'emploi de la sphaigne à celui de la tourbe dans le pansement des plaies.

Ils y voyaient l'avantage d'avoir une substance toujours identique à elle-même et qu'on pût se procurer ailleurs que dans le pays de tourbières.

Les résultats ont pleinement répondu à leur attente, si bien qu'ils croient que pour les hôpitaux et la chirurgie d'armée, cette espèce de mousse est destinée à supplanter l'ouate qui est beaucoup plus chère.

La sphaigne, d'abord exposée à l'air, est ensuite desséchée par la chaleur, puis soumise durant un quart d'heure à l'action d'un jet de vapeur; enfin on la sèche une dernière fois. Ces divers traitements ont pour but de la priver de tous les germes organiques qu'elle pourrait contenir.

Pour s'en servir, on en remplit des coussins de tarlatane qu'on bourre modérément, afin qu'ils s'adaptent mieux aux diverses parties du corps.

J. B.

XI. — Le pansement de Neuber se compose d'un ou deux coussins de gaze remplis de tourbe, placés sur la plaie et maintenus par des bandes de gaze. La gaze et la tourbe sont trempées immédiatement avant l'opération dans une solution de sublimé au millième. La tourbe est ainsi rendue humide (80 à 90 0/0 d'eau).

Ce pansement est laissé à demeure une ou plusieurs semaines suivant la nature et l'étendue de la plaie.

Neuber a fait, avec ce pansement, 212 opérations (32 résections et ostéotomies, 28 curages d'articulations ou d'os cariés, 30 amputations ou désarticulations, 50 extirpations de tumeurs, etc.).

Sur ces 212 opérations, on compte trois morts (1 d'hémorragie et gangrène de la jambe après résection du genou; 1 de tétanos, 1 de delirium tremens et phlegmon septique. Le premier pansement est demeuré 198 fois jusqu'à la guérison ; il a fallu 11 fois l'enlever prématurément ; dans une fracture de la cuisse, on le laissa en place sept semaines.

Pour l'irrigation des plaies pendant l'opération, pour le spray et le lavage des instruments, Neuber se sert de la solution phéniquée à 2 1/2 0/0. Immédiatement avant l'application des sutures, la plaie est lavée à fond avec la solution de sublimé au millième.

Gaffky conclut des expériences de culture qu'il a faites que :

1° La tourbe n'est pas exempte de germes d'organismes inférieurs susceptibles de développement;

2° La tourbe n'a aucune propriété bactéricide. Ce n'est pas un désinfectant ;

3° La tourbe n'a pas de propriétés antiseptiques, en ce sens que, imprégnée de liquides de culture appropriés, elle ne s'oppose pas absolument à la multiplication des organismes inférieurs, elle ne fait que la retarder.

Les résultats obtenus par Neuber ne peuvent, d'après lui, être attribués qu'au pouvoir absorbant de la tourbe et à son élasticité, qui réalise une occlusion complète.

R. C.

XII. — Le pansement inorganique, préconisé par Schede, que l'auteur a expérimenté depuis le mois de novembre 1882 à la clinique de Tubingue, ne l'a pas entièrement satisfait. Les coussins de cendre prennent avec certaines sécrétions des plaies, rapidement une odeur désagréable, fortement ammoniacale, ils durcissent facilement, ne sont que faiblement absorbants et ne sont pas assez propres ; le sable sublimé lui-même forme quelquefois des concrétions dures comme de la pierre, grâce à l'agrégation des produits de sécrétion, et, dans les plaies cavitaires ses grains pénètrent de telle sorte les bourgeons charnus que la guérison s'en trouve retardée ; — les drains ne fonctionnent plus dès que le produit de sécrétion renferme un peu de sang et surtout des éléments figurés ; — le coton de verre enfin se feutre, s'étale à la surface des plaies ouvertes, pénètre dans leurs anfractuosités puis dans les bourgeons charnus et ne peut plus en être extrait que difficilement, en faisant fortement saigner la plaie. Ce coton s'est par contre montré excellent sur les plaies destinées à se réunir par première intention. La tourbe et la poussière de tourbe ont dû être abandonnées, surtout parce qu'elles ne sont pas absorbantes à l'état sec.

On trouve dans le bois humide — bois en copeaux filiformes tel qu'il est employé pour la fabrication du papier — une matière qui remplace toutes ces substances et même les matériaux du pansement de Lister. Le bois le plus convenable à ce point de vue est celui de sapin (pinus picea) parce que, ne contenant presque pas de résine, il conserve même à l'état sec tout son pouvoir absorbant. Dans un tableau qui donne le résultat d'expériences sur la capacité d'absorption par rapport à l'eau d'un grand nombre de substances utilisables pour les pansements, l'auteur ne mentionne ni la gaze absorbante par-dessus toutes les substances, ni l'ouate, ni la jute, et il n'indique pas le pouvoir d'absorption des substances vis-à-vis de sérum sanguin. La paille de bois utilisée en pratique à la clinique de Tubingue, vient de la fabrique de pansements d'Hartmann à Heidenheim, et s'emploie imbibée de 5,10 0/0 de glycérine et 0,5 0/0 de sublimé. A la place de gaze, par exemple pour la confection des coussins de paille de bois, on peut se servir d'un mince feutrage fait par l'addition de 10 0/0 de fibres de jute au bois.

Ce que Walcher vante par-dessus tout dans la nouvelle matière à pansements, c'est, avec sa grande capacité d'absorption, sa structure spongieuse qui favorise l'évaporation des liquides absorbés, sa légèreté, son élasticité qui permet de faire un pansement fortement compressif, enfin son bon marché ; le kilo de paille de bois sublimé, prête à être employée, coûte en gros 64 pfennigs.

Le pansement se fait de la sorte : sur les plaies suturées d'abord une très mince couche de coton de verre trempé dans la solution sublimée, par dessus un petit sac de gaze renfermant de la paille de bois, recouvrant régulièrement la plaie et par-dessus celui-ci un coussin plus grand, plus épais à sa partie centrale qu'à ses bords ; le tout est fixé par une bande de gaze fortement serrée. On ne se sert pas de substance imperméable.

La marche des plaies, sous ce pansement durable, nous est dépeinte comme idéale ; ordinairement il n'y a pas d'élévation de température, tout au plus 38°,2 à 38°,5 dans le rectum.

L'auteur attribue une grande partie de ces brillants résultats au sublimé employé pendant l'opération et incorporé à la paille de bois; le sublimé a le pouvoir de s'opposer à l'érysipèle.

Sur 180 malades traités de cette façon pendant 5 mois, 6 sont morts : 2 de méningite tuberculeuse, 2 d'occlusion intestinale inopérable, 1 de métastase cancéreuse, 1 d'épuisement ; un seul cas de complication infectieuse à savoir 1 érysipèle dans une plaie très difficile à panser et qui nécessitait chaque jour un pansement.

XIII. — La valeur de la tourbe consiste, comme on le sait, en son pouvoir d'absorption ; la mousse agit de la même manière. L'auteur l'a employée depuis six mois avec les meilleurs résultats.

Il l'a recueillie au milieu de l'hiver, sous la neige et la glace, l'a triée, puis chauffée pendant quelques heures à 105 — 110°. On peut s'en servir sans autre désinfection, dans des coussins de gaze.

Voici comment l'auteur s'en sert : L'opération terminée, il lave la plaie à la solution de sublimé à 1/1000, draine, suture, puis applique par dessus une couche de gaze trempée dans l'eau sublimée ; puis il applique sur la plaie un petit coussin et par dessus un grand coussin ; le tout est assujetti par une bande de gaze fortement serrée. — Ce pansement n'est nullement occlusif, car il permet l'accès de l'air. — On renouvelle le pansement dès que la mousse est imbibée.

Pour les petites plaies, il n'y a pas d'imbibition ; pour les grandes, il faut renouveler le pansement au bout de 12 à 36 heures.— S'il n'y a pas d'imbibition, on peut se contenter de renouveler le petit coussin et de mouiller le grand avec la solution sublimée (ou mouiller toujours légèrement à la solution sublimée la surface qui s'applique à la plaie). — Le plus souvent on n'a qu'à renouveler au moment de l'enlèvement des drains, au 6e ou 8e jour. — Avec les drains osseux, la réunion se fait parfois sous le premier pansement. C'est ce qui s'est produit dans une amputation de bras.

Hagedorn n'a observé ni érysipèle, ni septicémie, ce qu'il attribue à l'emploi du sublimé.

La mousse serait très propre à la chirurgie de l'armée :

1° Parce qu'elle est très bon marché, facile à se procurer et d'une préparation élémentaire ;

2° Parce qu'elle est très absorbante, plus même que la tourbe ;

3° Parce qu'elle constitue une matière molle, douce et très élastique;

4° Parce que ce pansement est très propre, plus propre que la tourbe ;

5° Parce qu'il est très bon pour les pansements rares, les matériaux de sécrétion se desséchant au contact de l'air qui traverse la mousse ;

6° Parce qu'il est facile de lui donner à peu de frais des propriétés antiseptiques en y adjoignant du sublimé.

Il s'agit de la mousse des tourbières (sphagnum).

XIV. — Depuis le milieu de mai 1883, des expériences ont été faites à la clinique chirurgicale de Strasbourg avec les pansements antiseptiques au sucre de canne. Lücke a eu l'idée de se servir du sucre, déjà à plusieurs reprises utilisé dans le pansement des plaies, sous forme de poudre antiseptique de façon à utiliser sa puissance d'absorption tout en garantissant les plaies contre les infections.

Pour cela l'auteur s'est servi de mélanges de naphtaline et de sucre en parties égales, d'iodoforme et de sucre à 20 0/0. Le mélange est incorporé à la gaze qu'on applique sur la plaie après la suture; quand il y a perte de substance le sucre est directement appliqué. Les coussins de sucre sont fixés par quelques couches de gaze dégraissée; papier de gutta-percha pour l'occlusion; sur celui-ci une bande de calicot solidement appliquée.

Pour la désinfection des plaies pendant l'opération, Lücke se sert d'une solution de sublimé à 1 0/00.

Les pansements au sucre peuvent demeurer en place de 8 à 14 jours, sans que le sucre se dissolve; la sécrétion de la plaie se répartit régulièrement dans le sucre; seulement quand la couche de sucre est trop épaisse (on n'a jamais employé une épaisseur supérieure à 1/2 centimètre), il s'y forme des grumeaux.

Les plaies sous le sucre ont très bon aspect, les matières du pansement n'ont pas d'odeur; on n'a jamais pu y constater de bactéries.

Les bourgeons charnus se développent avec exubérance sous le sucre, ils n'ont aucune tendance à saigner et la cicatrisation marche très rapidement.

Dans les plaies suturées on a toujours observé la réunion par première intention.

L'auteur croit pouvoir, s'appuyant sur les résultats obtenus jusqu'à ce jour, préconiser les pansements au sucre et encourager à de nouvelles recherches parce qu'il est extrêmement facile de se procurer du sucre et un antiseptique pulvérulent. DE SANTI.

**Fall von Lufteintritt in eine grosse Axillarvene bei der Exstirpation eines Recidives von Carcinoma Mammae mit grossem ulcerirtem Achseldrüsentumor Heilung (Un cas d'entrée de l'air dans une grosse veine de l'aisselle, pendant l'extirpation d'un cancer du sein récidivé, guérison), par L.-G. COURVOISIER** (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, p.* 205, 1er *avril* 1880).

Durant l'extirpation antiseptique du paquet ganglionnaire ulcéré qui remontait très haut dans l'aisselle, tout à coup on entendit un bruit d'aspiration, et, l'opérée, une femme robuste de 58 ans, tomba dans le collapsus. La compression digitale du bout central de la veine, les analeptiques et la respiration artificielle firent disparaître les symptômes les plus menaçants dans l'espace d'une demi-heure. Courvoisier put, alors, lier avec de la soie les deux extrémités du vaisseau sectionné; malheureusement les pinces se trouvèrent prises dans la ligature du bout central.

Suture partielle de la plaie; pansement antiseptique. Les pinces tombent le neuvième jour et la guérison s'opère sans incident.

Fischer (*Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, n° 113) a réuni 27 observations détaillées d'entrée d'air dans les grosses veines : 13 fois dans la jugulaire externe, 10 fois dans la jugulaire interne et 1 fois dans chacune des veines suivantes : sous-clavière, axillaire, saphène (?) et médiane (?). La guérison s'est effectuée dans un peu moins de la moitié des cas. La mort est survenue le plus souvent immédiatement, mais parfois seulement au bout de 3 à 13 heures; enfin, deux fois, la vie s'est prolongée jusqu'au 7e et au 28e jour. Les autopsies ont montré généralement la présence de bulles d'air dans le cœur, plus rarement dans l'ar-

tère pulmonaire, mais souvent aussi elles ont été complètement négatives. Les expériences de Panum et de Fischer, sur les animaux, montrent que la mort résulte d'une embolie des artères pulmonaires occasionnant une anémie cérébrale.

Dans la discussion, *Bischoff* conseille, quand on opère au voisinage de grosses veines, de tenir toujours l'index gauche sur la partie centrale de la veine qu'on découvre. Il ajoute que dans la pratique obstétricale, l'entrée de l'air dans les veines n'est pas un événement très rare. Il en a observé lui-même deux exemples. Dans l'un, où l'utérus avait un contenu sanieux, l'accouchée a succombé une heure après l'accident, avec une température de 42°. Il est probable aussi qu'il faut rapporter à cette cause quelques-uns des collapsus qui se produisent à la suite d'injections vaginales ou utérines.

*Burckhardt-Mérian* a vu un fait analogue en opérant un torticolis consécutif à des brûlures. Tandis qu'il s'efforçait de sectionner les cicatrices au niveau de la clavicule, il a entendu tout à coup un bruit d'aspiration et vu le patient se cyanoser. La compression immédiate de la veine jugulaire externe, qui avait été ouverte, a suffi pour faire revenir l'opéré de son état syncopal. (*R. S. M.*, VII, 524, et IX, 277.) J. B.

**Résultats cliniques de l'élongation des nerfs, par Vincenzo OMBONI** (*Ann. univ. di med. e chir.*, *mars* 1883).

Cette statistique, beaucoup plus étendue que celle de Chandler (Voy. *R. S. M.*, XXI, 682), porte sur 512 cas d'élongation des nerfs. Sur ce nombre, on compte 185 guérisons, 229 améliorations, 98 insuccès, y compris 48 morts, dont 12 résultant de l'opération elle-même.

Si nous prenons le détail de cette série de faits, nous voyons que l'élongation a été pratiquée 222 fois pour des névralgies, donnant 143 guérisons, 62 améliorations, 16 insuccès, 1 mort.

Dans 62 cas, il s'agissait de névralgie du trijumeau ou des nerfs optiques, 31 guérisons, 24 améliorations, 7 insuccès.

6 cas de névralgie (2 intercostales, 2 occipitales, 1 spermatique, 1 génito-crurale), 4 guérisons, 1 succès temporaire, 1 insuccès.

Sur 37 cas de névralgie des membres supérieurs, 23 guérisons, 13 améliorations, 1 insuccès.

Sur 117 de névralgie des membres inférieurs (élongation du sciatique, le plus souvent), 85 guérisons, 24 améliorations, 7 insuccès, 1 mort de pyohémie.

25 cas d'élongation pour contractures avec spasmes cloniques, on compte 11 guérisons, 13 améliorations, 1 insuccès.

7 cas d'épilepsie traités par cette méthode fournissent 2 guérisons, 4 améliorations, 1 insuccès.

51 opérations pour tétanos, donnent 10 guérisons, 42 morts, sur lesquelles 11 fois il y a eu rémission et soulagement momentanés.

Sur 40 cas de paralysie périphérique, 2 guérisons, 36 améliorations, 2 insuccès.

L'élongation a été pratiquée pour différentes affections du système nerveux central 149 fois, avec 5 guérisons, 100 améliorations, 27 insuccès et 17 morts, dont 10 imputables à l'opération (44 fois pour myélite, 4 fois

pour paralysie agitante et 99 fois pour ataxie; sur ces 99 derniers cas, 2 guérisons seulement, 78 améliorations, 7 insuccès, 12 morts).

Le nerf sciatique a été aussi élongé avec succès 1 fois pour un pemphigus chronique, et 1 fois pour un prurigo sénile.

Si l'on compare dans cette statistique les faits d'élongation du sciatique par la méthode sanglante avec les observations de Trombetta qui fait l'extension du nerf simplement par la flexion forcée de la cuisse sur le bassin, pendant que la jambe est étendue sur la cuisse, on constate que ce dernier procédé donne plus de chance de succès et n'a jamais été suivi de mort.

Il faut dire qu'avec le procédé de Trombetta, on a de vastes épanchements sanguins et de larges déchirures musculaires. Fiorani (*Ann. univ. di med.*, fév. 1883) a vu une déchirure du carré fémoral; Medini (*Bull. di sc. mediche*, n° 3, 1883) une rupture du biceps, du demi-tendineux et du demi-membraneux. Ces accidents n'ont eu aucune suite fâcheuse.

A. CARTAZ.

**I. — Névralgie et tic douloureux de la face, élongation du nerf dentaire inférieur par la voie buccale, disparition momentanée des douleurs, par LONGUET** (*Bulletin de la Soc. de chir., p.* 77, 1883).

**II. — Élongation du nerf dentaire inférieur droit pour une névralgie rebelle du trijumeau avec tic douloureux de la face, par MOUCHET (de Sens)** (*Bulletin de la Soc. de chir., p.* 119, 1883).

**III. — Élongation du nerf maxillaire supérieur pour une névralgie rebelle, par LEMAISTRE** (*Revue de chirurgie, décembre* 1882).

**IV. — De l'arrachement du nerf sous-orbitaire, par BLUM. Rapport par POZZI** (*Bulletin de la Société de chirurgie, p.* 817, 1882).

I. — Un cordier, âgé de 41 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Bourges; il est atteint depuis 4 ans d'une névralgie atroce du dentaire inférieur droit avec tic douloureux. Toutes les médications ont échoué jusqu'ici. M. Longuet ne voit de ressource que dans l'élongation du nerf dentaire et la pratique par la voie intra-buccale. Le soulagement fut instantané, mais il n'a duré que six semaines, peut-être, dit l'opérateur, parce que l'élongation n'a pas été poussée assez loin.

II. — Chez une dame de 38 ans, la névralgie avait acquis une telle intensité que l'intervention chirurgicale ne pouvait être refusée; ainsi du moins en décida Mouchet, de Sens.

La névralgie revenait par périodes de 3, 5, même 6 semaines et parfois 3 mois. C'étaient des crises revenant toutes les 2 à 3 minutes et de 1 à 2 minutes de durée. Les douleurs étaient provoquées par un mouvement, un effort de déglutition, une parole entendue, une impression trop vive de la lumière. Elles occupaient le trajet du nerf dentaire inférieur et s'étendaient à tout le trijumeau. L'accès paraît débuter par une sensation très douloureuse à l'expansion du dentaire vers le trou mentonnier; de là la douleur se propage dans tout le nerf, principalement vers sa partie supérieure. C'est à ce moment que se produit la contracture du buccinato-labial, caractérisée par la déviation de la commissure en dehors et en arrière.

Le 24 février opération par le procédé de Waren. Les résultats furent des plus satisfaisants, car la névralgie disparut non seulement dans le nerf

élongé, mais encore dans tout le domaine du trijumeau ; au bout de 4 mois la malade fut revue, la guérison persistait.

Dans les discussions qui ont suivi ces présentations, on a mis à l'étude la valeur respective des différents procédés proposés pour atteindre le dentaire inférieur.

Polaillon, d'accord en cela avec Mouchet, donne la préférence au procédé de Waren. Incision en bas, chaque branche étant parallèle au rebord horizontal ou vertical du maxillaire; section, puis détachement sous-périosté des tissus mous, y compris le masséter; application d'une rondelle de trépan à 2 centimètres au-dessous de l'échancrure sigmoïde, à égale distance du bord postérieur et du bord antérieur; enfin étiration du nerf jusqu'à 1 centimètre de distance de la face externe de l'os.

Marc Sée, Chauvel, Gillette pratiquent au contraire le procédé de Sonnenburg. On découvre le nerf par une incision en crochet embrassant l'angle de la mâchoire, remontant le long du bord postérieur de la branche montante jusqu'à 1 1/2 centimètre, et se prolongeant en avant suivant le bord inférieur de l'os jusqu'au voisinage de l'artère faciale; l'épine de Spix se trouvant à 3 centimètres de la plaie, il faut aller chercher le nerf au-dessus d'elle, ce qui n'est pas toujours facile; le doigt arrive bien à sentir la saillie osseuse, mais le chargement du nerf sur un crochet et sa mise au jour dans la plaie sont des plus difficiles. Sée dit, en effet, qu'il n'a pas vu le tronc nerveux et qu'il est possible que le lingual ait été saisi et élongé en même temps que le dentaire.

Au contraire Longuet vante l'opération faite par la voie intra-buccale, suivant le procédé de Langenbuch. Il n'est pas besoin d'anesthésier le malade. La bouche étant ouverte, une incision longitudinale met a nu le bord antérieur de la branche montante. Il n'est plus besoin que des ciseaux courbes pour refouler les tissus et conduire jusqu'à l'épine de Spix. On peut sentir alors le cordon nerveux roulant jusqu'au fond de la gouttière. Aidé par l'index maintenu sur l'épine de Spix, on le charge sur le bout des ciseaux dont la concavité est tournée en dedans, et l'on peut dès lors appliquer sur le cordon les tractions que l'on désire.

La majorité des membres semblent opposé à ce dernier procédé que l'on qualifie d'obscur et de difficile. De plus on est exposé à tirer le nerf et l'artère en même temps, et l'on n'est pas toujours maître de l'isoler suffisamment des autres branches nerveuses. De là hémorragies parfois redoutables, blessures possibles de la maxillaire interne, et mort dans un cas. On choisira donc entre la pratique de Waren et celle de Sonnenburg; si la première entraîne l'inconvénient d'une cicatrice apparente et d'une gêne prolongée dans la mastication, la seconde est difficile à exécuter; le doigt cherche profondément, et, quelles que soient les précautions pour éclairer le fond de la plaie l'on a souvent peine à s'y reconnaître.

Le nerf étant trouvé et reconnu, ce qui n'est pas toujours facile, puisque dans certains cas il est d'un rouge musculaire éclatant, faut-il l'étirer, le sectionner ou l'arracher? On est encore bien mal fixé sur toutes ces questions; toutefois il semble rationnel d'attribuer les récidives à une action insuffisante des tractions, et Polaillon croit bon d'ajouter à un étirement énergique une excision plus ou moins considérable.

L. JULLIEN.

III. — A la suite d'une gingivite, qui avait déterminé la chute de toutes les dents, le malade, âgé de 54 ans, avait été atteint d'une névralgie occupant la sphère du maxillaire supérieur droit : tous les rameaux non ganglionnaires étaient atteints, sauf le nerf alvéolo-dentaire postérieur et inférieur; les douleurs existaient depuis plusieurs années et étaient devenues de véritables crises épileptiformes, beaucoup plus intenses dans les derniers mois. Aucun traitement ne les ayant fait disparaître, l'élongation a été pratiquée ; l'opération a été facile et les douleurs ont entièrement disparu; six mois après l'opération la guérison s'était maintenue; il n'y a eu à noter qu'une perte de la sensibilité pendant deux mois. OZENNE.

IV. — Jusqu'à ce jour les moyens employés dans les névralgies de la face étaient la névrotomie, la névrectomie et l'élongation. Blum y ajoute l'arrachement.

Le 15 octobre 1882, il pratiqua cette opération sur une femme de 68 ans, à un travers de doigt au-dessous du rebord orbitaire et parallèlement à lui; il fit une incision de 2 centimètres, le nerf fut chargé sur une sonde cannelée, et, après l'avoir alternativement attiré dans divers sens pour le dégager de ses adhérences, il le tira violemment en dehors pour le briser. La rupture eut lieu en différents niveaux, car, en sectionnant le nerf au niveau de sa pénétration dans les parties molles, il entraîna une partie mesurant 20 millimètres et d'autres faisceaux ayant 26 millimètres de longueur. Le nerf ne présentait aucune altération visible, ni à l'œil nu, ni au microscope. Les suites de l'opération furent des plus bénignes et la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

Le rapporteur de la commission à laquelle fut confié l'examen de ce mémoire a étudié les indications et discuté les avantages du nouveau procédé dans un travail considérable.

Pozzi a recueilli 3 faits d'arrachements accidentellement produits pendant l'élongation (4 kilog. suffisent), et les résultats, peu favorables, se résument ainsi :

*a*) Arrachement du sous-orbitaire, deux faits (Badal, Blum), un insuccès complet, un succès suivi pendant 4 mois.

*b*) Arrachement du frontal externe, deux cas (Panas, Monod), un insuccès à peu près complet, une guérison suivie pendant 2 mois.

L'arrachement offre de plus une certaine incertitude, car l'allongement subi par le nerf empêche de bien apprécier le point de sa rupture.

Au reste l'élongation elle-même peut n'être pas sans danger. Tillaux a vu une fonte purulente succéder à une distension involontaire du nerf pendant une résection; Czerny a eu à déplorer une grave kératite ulcéreuse ; et la transmission de la violence au ganglion de Gasser est théoriquement à craindre.

Au reste la névrotomie et la névrectomie ne présentent pas les dangers qu'on leur reproche. La déchirure de l'artère sous-orbitaire est sans importance. La perforation de la paroi inférieure de l'orbite et l'ouverture du sinus maxillaire sont des accidents tout théoriques et l'on n'a observé de suites phlegmoneuses que dans les cas où on a mis en usage le procédé de Malgaigne, qui glissait un ténotome sur le plancher de l'orbite pour aller sectionner le nerf dans son canal. Au contraire, si l'on reste fidèle au procédé popularisé par Wagner et Létiévant, tout se passe avec la plus grande simplicité. La supériorité de ce procédé éclate bien plus encore si on met en parallèle ses résultats avec ceux de l'élongation. Sur 9 malades opérés par cette dernière méthode, 3 le furent sans aucun

soulagement ; chez un autre le mieux ne fut obtenu qu'après la deuxième élongation, et les résultats favorables des autres n'ont pas été suivis plus de deux mois. Pozzi a, au contraire, rassemblé 5 cas de guérison complète et durable par la névrectomie. Aussi met-il ce procédé bien au-dessus de tous les autres.

Dans la discussion qui a suivi le rapport, Desprès s'est formellement élevé contre les opérations sanglantes dans le traitement des névralgies. Le chirurgien de la Charité n'a jamais constaté d'indications de la névrotomie et croit qu'on peut toujours soulager, comme il l'a fait jusqu'ici, soit par le masque de collodion, soit par les pointes de feu ou l'avulsion de dents malades. Berger estime de son côté que l'on recourt trop vite aux opérations sans avoir essayé des moyens puissants, parmi lesquels il range les courants continus employés avec persévérance. Nicaise ajoute qu'il faut aussi s'enquérir de la nature de la névralgie, qui est souvent sous la dépendance d'un état constitutionnel, de l'arthritisme, par exemple, et aussi de l'épilepsie ; et il cite à ce propos le fait d'un homme chez lequel Bouchard ayant reconnu cette cause, la névrotomie fut suivie de mort dans la nuit qui suivit l'opération (observation communiquée par le Dr Gignoux, de Lyon). Il ne faut pas oublier non plus que les névralgies disparaissent souvent, soit à la suite d'une vive émotion, comme chez cette dame que Le Fort voulait opérer par la section du lingual, et qui fut momentanément soulagée pendant la période émouvante du siège de Paris, soit à la suite d'une opération éloignée, comme chez cette femme qui fut guérie d'une névralgie sous-orbitaire par l'amputation du col utérin.

L. JULLIEN.

**Ueber Sarkome der Nervus Ischiadicus und seiner Aeste (Du sarcome du nerf sciatique et de ses branches), par BARDELEBEN** (*Verhandl. der deut. Gesellsch. f. Chir.*, *Berlin*, 1883).

Bardeleben présente deux opérés qui ont subi, dans le courant de l'année même, l'extirpation de grosses tumeurs situées à la partie postérieure de la cuisse et provenant du nerf sciatique et de ses deux branches.

Les deux patients sont des jeunes gens.

Dans le premier cas la tumeur était relativement mobile, c'est pourquoi on ne lui supposa pas une origine osseuse, mais il fut d'ailleurs impossible de déterminer son point de départ ; on ne put même, avant l'opération, savoir à quoi s'en tenir sur ses relations avec les parties molles, de telle sorte qu'on dut avertir le patient de la possibilité d'une amputation. Il n'y avait aucun trouble de l'innervation de la jambe ni du pied. — En vue de l'extirpation on pratiqua une incision occupant toute la partie postérieure de la cuisse jusqu'à la limite inférieure du creux poplité ; on vit alors qu'il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse, élastique, indistinctement fluctuante, adhérente dans toute son étendue au nerf sciatique et au nerf tibial postérieur. Il fallut même, pour l'énucléer, en séparer ce dernier nerf sous forme d'un mince ruban. Il semblait impossible que cette décortication d'un nerf étalé comme un éventail ou une feuille put se faire sans des lésions multiples de ses faisceaux et on s'attendait à des troubles considérables de l'innervation. — Après la ligature minutieuse de

tous les vaisseaux et le lavage de cette immense plaie avec une solution de sublimé à 1/1000, on pansa avec les compresses antiseptiques de Bruns. — La guérison fut troublée par l'invasion d'une scarlatine suivie de diphtérie, cependant l'évolution de la plaie demeura complètement aseptique ; l'opéré, après être longtemps resté à l'hôpital, reprit ses occupations. Il faut spécialement mentionner que la portion la plus dure de la tumeur était précisément engagée à la façon d'un coin dans un écartement des fibres du nerf tibial, ce qui avait nécessité une dénudation complète de ce nerf. Il ne persiste cependant d'autre trouble de l'innervation qu'une exagération anormale du pouvoir réflexe de la jambe ; le contact de la plante du pied provoque en particulier de vifs mouvements.

Le second cas offre, au point de vue de la physiologie nerveuse, un intérêt d'autant plus grand qu'avant l'opération le patient avait déjà une paralysie des muscles animés par le nerf poplité externe, tandis que les parties du dos du pied desservies par les branches cutanées du même nerf conservaient leur sensibilité normale. Or cet état, malgré l'excision d'un segment du nerf poplité externe, réséqué avec la tumeur, ne s'est nullement modifié. — La tumeur avait à peu près le même siège et les mêmes dimensions que la précédente. Quand elle fut mise à nu on vit qu'elle avait considérablement déplacé et aplati les nerfs sciatique et poplité interne, tandis que le nerf poplité externe, complètement entouré par la masse sarcomateuse, la traversait ; on ne pouvait presque pas, même après avoir fendu la tumeur, reconnaître le nerf dans son épaisseur. Il fallut en conséquence réséquer avec la tumeur un grand fragment du nerf poplité externe et dénuder le poplité interne et le sciatique. — La guérison marcha très vite ; la sensibilité des parties innervées par le poplité externe demeura intacte (à chaque piqure d'épingle dans le territoire de ce nerf, le patient réagit et localise exactement le point piqué, quoiqu'il ait les yeux fermés). L'auteur pense que la conductibilité nerveuse s'est rétablie par quelque filet anastomotique du poplité externe ou, ce qui semble impossible à cause de la grande étendue de la perte de substance, par la réunion et la régénération des extrémités du nerf.

Ce dernier malade présente en outre une très curieuse conformation de la face. Toute la moitié droite de son visage est déviée en bas de plusieurs centimètres et on sent, dans les régions frontale et pariétale, un grand nombre de tumeurs cicatricielles. La difformité est, dit-il, congénitale. Bardeleben n'est pas éloigné de penser qu'elle résulte d'une application oblique de forceps pendant l'accouchement. DE SANTI.

**Statistics of tetanus in the Medical College Hospital Calcutta, par James WALLACE** (*The Lancet*, 12 *août* 1882).

En l'espace de dix années (1869-1879) le *Medical College Hospital de Calcutta* a reçu 280 cas de tétanos, sur lesquels 212 sont morts. De plus 23 autres cas, tous mortels, se sont manifestés dans les salles de chirurgie à la suite d'opérations diverses.

Dans la première série on a compté 159 cas de tétanos idiopathiques, dont 93 hommes qui ont donné 53 morts, et 66 femmes avec 58 morts ; il y a eu 121 cas de tétanos traumatique, dont 67 hommes avec 64 morts, et 54 femmes avec 37 morts. — Au point de vue de l'âge on trouve : en-

fants au-dessous de 15 jours, 34 dont 29 morts (ou 90 0/0); de 1 à 5 ans, 5 dont 3 morts (ou 60 0/0); de 5 à 15 ans, 23 cas dont 11 morts (ou 47 0/0); de 15 à 45 ans, 195 cas dont 154 morts (ou 79 0/0); au-dessus de 45 ans, 23 cas dont 11 morts (ou 65 0/0). — Au point de vue des saisons, les écarts sont faibles; cependant le chiffre le plus élevé appartient au mois de décembre, le plus faible au mois de juillet. — L'étiologie a fourni les données suivantes : exposition au froid et à l'humidité, 47 fois; menstruation, grossesse et avortement, 29 fois; fièvre, dysenterie, privations et misère, 24 fois; enfants au-dessous de 15 jours (et portant la plaie ombilicale ou celle de la circoncision), 23 fois; plaies simples de toutes sortes, 35; blessures par machines, 23; contusions, 13; brûlures, 6; fractures compliquées, 17. — La durée de la maladie dans les 212 cas mortels a été la suivante : moins de 2 jours, 88 cas; de 2 à 5 jours, 41 cas; de 5 à 10 jours, 26; de 10 à 22 jours, 23; de plus de 22 jours, 34. — Le traitement n'a pas été uniforme; tous les remèdes connus ont été essayés sans qu'il fût possible d'attribuer les cas de guérison à telle méthode plutôt qu'à telle autre. Diverses opérations tentées pour arrêter le progrès du mal dans les cas où il était localisé au début sont toutes restées inutiles. C'est ainsi qu'on a pratiqué deux fois l'élongation du nerf sciatique, une fois celle du médian, deux fois l'amputation de la main, trois fois celle de l'avant-bras, deux fois celle de la jambe, sans pouvoir empêcher la terminaison fatale.

La seconde série comprend 23 cas de tétanos opératoire, tous mortels. Ils constituent un vingtième (5,7) de la mortalité opératoire totale, qui a été, en dix ans, de 402 sur 2,148 opérations importantes. Les opérations suivies de tétanos ne dépassent donc guère 1 0/0. La complication s'est produite dans les circonstances suivantes : excision de tumeur scrotale, 8 fois; amputation du pied et de la jambe, 7 fois; amputation de la main et du bras, 6 fois; excision de tumeurs simples, 2 fois. La gravité particulière des excisions de tumeurs scrotales doit être attribuée aux lésions fréquemment subies dans ces cas par le testicule et le cordon spermatique : c'est ainsi que, 5 fois sur 8, en même temps qu'on procédait à l'enlèvement d'une tumeur éléphantiasique, il avait fallu pratiquer la castration et la ligature du cordon. Dans un autre cas, le tétanos s'est montré à la suite de l'opération de Wood pour la cure radicale d'une hernie, et on a pu constater à l'autopsie que le cordon spermatique avait été pincé par le fil métallique destiné à rapprocher les piliers de l'anneau inguinal.

H. BARTH.

**Die Behandlung des Tetanus mit Curare, par KARG** (*Archiv für klinische Chirurgie, Band XXIX, Heft* 2, *p.* 338).

Knecht, dans son travail sur le tétanos, a pu réunir, en 1877, 49 cas de traitement par le curare, qui ont donné 25 morts, soit 51 0/0 de mortalité. D'après Karg, cette statistique est vicieuse, parce qu'elle tient compte des cas malheureux et non de tous les cas heureux. Du reste, la plupart des observateurs, ne connaissant pas la limite de l'action toxique du curare, n'ont pas osé pousser l'administration de cet agent jusqu'à des doses suffisantes, par crainte de la paralysie des muscles respiratoires. Thiersch a repris la question dans sa clinique en se basant sur les

résultats obtenus en 1871 par Bianchi, qui guérit, comme on le sait, un tétanos par l'injection de 1gr,215 de curare en sept jours, chez un jeune homme de 16 ans et sur quelques travaux récemment parus à propos du traitement de la rage et du tétanos par le curare (Pendzoldt, Maturin, etc.).

4 cas de tétanos ont été traités de la sorte. « Nous avons entrepris nos essais, dit Karg, avec la ferme intention de pousser, si cela était nécessaire, la curarisation de nos malades jusqu'à la paralysie des muscles respiratoires, de façon à pouvoir enfin obtenir une donnée précise sur la limite de l'action nocive et de l'utilisation du curare en thérapeutique. » En effet, il a fallu, dans deux cas, recourir à la trachéotomie préventive dans l'attente de l'asphyxie et afin de pouvoir plus aisément pratiquer la respiration artificielle. Les essais ont été faits, par conséquent, dans les conditions de véritables expériences de laboratoire, absolument comme s'il se fut agi d'animaux tétanisés !

*Obs.* 1. Homme de 51 ans; plaie contuse à la main droite; début du tétanos au septième jour. Tétanos aigu; trachéotomie le neuvième jour, puis injections sous-cutanées de curare à intervalles assez rapprochés (0gr,008 en quatre heures). Mort 20 minutes après la dernière injection.

*Obs.* 2. Homme de 44 ans; ulcères variqueux aux jambes. Tétanos aigu, 0gr,08 de curare en 3 heures, sans action appréciable. Mort dans un accès convulsif.

*Obs.* 3. Homme de 32 ans; plaie contuse à la jambe. Tétanos au quatorzième jour. 0gr,46 de curare et 0gr,45 de chlorhydrate de morphine en 42 heures. Mort dans un accès convulsif. La dose de 0gr,05 de curare, administrée trois fois en 1 heure, a provoqué chez ce malade une paralysie de la déglutition qui a rendu la trachéotomie nécessaire ; deux nouvelles doses de 0gr,05, en 50 minutes, ont provoqué une paralysie de la respiration qui a rendu la respiration artificielle nécessaire pendant 5 heures.

*Obs.* 4. Homme de 20 ans; écrasement du petit orteil. Tétanos le huitième jour; amputation de l'orteil, sans résultat. Tétanos aigu. 0gr,45 de curare et 0gr,55 de chlorhydrate de morphine en 22 heures. Mort.

Il s'agissait dans ces quatre cas de tétanos aigu ou suraigu. Dans la seconde observation, dit l'auteur, la mort est survenue dans une crise convulsive avant qu'on ait pu pousser assez loin la curarisation, parce que le curare était de mauvaise qualité. Dans les trois autres cas « *le curare n'a pas rempli nos espérances* », bien que son administration méthodique ait été poussée jusqu'aux plus extrêmes limites.

Le curare ne modifie pas la marche cyclique du tétanos; quand la rémission passagère qu'il produit est passée, les accidents reviennent avec une violence croissante, suivant les progrès de l'affection. Cependant l'action sédative du curare est indéniable; la raideur et les crampes cessent après chaque injection, d'autant plus qu'on a agi plus hardiment, et le soulagement est tel qu'il se produit même durant les paroxysmes et que le malade tend lui-même son bras à l'injection.

Karg a opéré le plus souvent par des injections de 0gr,05, répétées au début de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure, jusqu'à production de la résolution, puis répétées seulement quand la raideur et les attaques convulsives reparaissaient. Ces expériences lui ont appris qu'une dose de 0gr,05 répétée deux fois en une heure ou une demi-heure ne provoque ni la paralysie des membres ni celle de la respiration ;

0gr,15 en une heure ont provoqué une paralysie de la déglutition avec parésie des membres, mais pas de paralysie de la respiration.

La durée de l'action sédative du curare est variable; le maximum, dans l'observation 4, a été de deux heures; dans l'observation 3, il n'y a eu ni raideur ni accès convulsifs durant toute la durée de la respiration artificielle, c'est-à-dire pendant cinq heures.

La sédation produite par le curare s'accompagne d'un abaissement parallèle de la température.

L'auteur conclut de cette étude que les résultats du traitement du tétanos par le curare sont peu encourageants, que cet agent est même moins efficace que le choral, mais que, néanmoins, son action sédative est si énergique qu'il ne saurait le déconseiller comme moyen palliatif dans les cas de tétanos aigu; c'est, surtout quand on le combine aux narcotiques, le meilleur des calmants. Quant à la paralysie des muscles respiratoires, elle est moins à redouter qu'on ne l'a cru jusqu'ici, même quand elle est de longue durée et l'auteur ne doute pas qu'avec un bon outillage pour la respiration artificielle, on ne vienne à bout d'en triompher toujours. DE SANTI.

**I. — Ueber Resection von Geschwülsten der Schäldelknochen und der Hirnhäute (Deux cas d'extirpation heureux de tumeurs du crâne et de la dure-mère), par von LANGENBECK** (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 17, p. 247, 25 avril 1881, et n° 8, p. 126, 20 février 1882*).

**II. — Zur Kenntniss und Behandlung der Schädelgeschwülste (Deux cas d'extirpation de tumeurs du crâne), par E. KUESTER** (*Berlin. klin. Woch., n° 46, p. 673, 14 novembre 1881*).

**III. — Zur Extirpation der malignen Schaedelgeschwülste (Trois extirpations heureuses de tumeurs malignes du crâne), par G. HEUCK** (*Idem, n° 17, p. 249, 24 avril, et n° 18, p. 273, 1er mai 1882*).

I. — 1er *cas*. — Au dixième Congrès de la Société allemande de chirurgie, Langenbeck a présenté une femme de 60 ans, opérée par lui à plusieurs reprises en 1868, 1874, 1878 et 1879 pour un cancer épithélial de la bosse frontale droite. Dans l'hiver de 1880 à 1881 se produisit une nouvelle récidive accompagnée d'une céphalée atroce. En février 1881, L... extirpa l'os envahi et la partie correspondante de la dure-mère. Toutefois il fut obligé de laisser en place une portion de cette membrane qui adhérait à la pie-mère, se promettant de la détruire par les caustiques. Pansement antiseptique.

Au premier changement d'appareil, on trouva la plaie remplie d'un caillot dur qui se détacha quelques jours plus tard, suivi par un lambeau de pie-mère et une lamelle de tissu cérébral ayant l'épaisseur du dos d'un bistouri.

Après l'opération, la céphalalgie a disparu; il n'est survenu ni perte de connaissance ni paralysie. Pour combler la perte de substance, L. a pratiqué des greffes qui ont parfaitement réussi.

Afin de réduire le plus possible l'hémorragie dans les ablations de tumeurs du crâne, il exerce une constriction modérée à l'aide d'une mitre d'Hippocrate par dessus laquelle il serre fortement, autour du front et de l'occiput, une bande élastique.

2e *cas*. — Femme ayant dépassé la cinquantaine. Entrée à la clinique pour une tumeur qui a débuté il y a quelques années par la bosse frontale moyenne et s'est étendue vers la droite. C'est maintenant une tumeur grosse comme

un œuf de pigeon, très molle, faussement fluctuante : un médecin l'ayant ponctionnée, il se fit une hémorragie qui, malgré la compression, se renouvela à chaque pansement.

L'anémie profonde de cette malade réclame une prompte opération.

La tumeur avait complètement détruit la paroi postérieure du sinus frontal et envahi la cavité nasale, de sorte qu'il fallut reséquer l'épine nasale. Après l'enlèvement de la tumeur, la perte de sang jusque-là assez considérable s'arrêta. Pansement antiseptique. Guérison sans fièvre ni autre incident.

Moins d'un mois après l'opération, récidive paraissant provenir des restes du sinus frontal et ayant rapidement envahi la dure-mère jusque-là indemne. Langenbeck se décida à rouvrir la lacune osseuse et pratiqua une résection d'un anneau osseux d'un centimètre, de façon à avoir sous les yeux une dure-mère saine. La portion dégénérée de la méninge fut extirpée. Le sinus longitudinal supérieur fut lié sans la moindre hémorragie, après isolement et acupressure.

La guérison fut rapide : les lobes du cerveau à nu se recouvrirent rapidement d'une couche d'exsudat et n'étaient plus reconnaissables qu'à leurs battements.

II. — 1er *cas.*— *Fibromyxosarcome caverneux du rocher* méconnu. Femme de 50 ans, atteinte depuis deux ans de douleurs dans la moitié droite de la tête et dans l'oreille du même côté qui est le siège d'un écoulement sanguinolent. Plusieurs fois un médecin en a retiré des masses polypeuses et chaque fois leur extraction a été suivie d'otorragies profuses.

Cette malade est profondément anémiée. Hémiplégie faciale droite complète. Gonflement œdémateux des régions auriculaire, mastoïdienne et temporale ; en avant de l'oreille, deux fistules peu profondes. Paroi postérieure du conduit auditif osseux, rongée et raboteuse sous le doigt; celui-ci retiré, apparaît un jet de sang vermeil qu'on arrête par tamponnement.

Kuester diagnostique une carie de l'oreille moyenne ayant ulcéré la carotide interne. Aussi pratiqua-t-il d'abord la ligature de la carotide primitive, mais l'hémorragie se reproduisit. Alors il résolut de trépaner l'apophyse mastoïde. L'os, très poreux, éclata dès le premier coup de ciseau jusque dans le conduit auditif ; par la fente, se fit jour un jet de sang. L'épuisement de la femme était tel que Kuester renonça à achever son opération. Il n'y eut pas de nouvelle hémorragie avant la mort qui arriva une heure après.

A l'autopsie, on trouva une tumeur molle qui, partant du milieu de la pyramide du rocher, s'était creusé un trajet, d'une part vers le conduit auditif et la base du crâne, d'autre part dans l'aqueduc de Fallope et la fosse crânienne postérieure. Ce dernier prolongement de la tumeur, gros comme un œuf de poule et arrondi, avait déprimé le lobe postérieur droit. La carotide était absolument intacte et le sang ne pouvait venir que de la tumeur, un fibromyxosarcome caverneux. Rien à signaler dans le reste des organes.

2e *cas.* — Paysanne de 55 ans, paraissant plus vieille que son âge, maigre, toujours bien portante jusqu'en automne 1880 où apparut, au niveau de la bosse frontale médiane, une tumeur qui s'accrut lentement sans causer de douleurs. Mais, depuis quelques semaines, cette tumeur fait beaucoup souffrir la malade et elle gêne sa vue. Elle a presque les dimensions d'un poing d'homme, est résistante, élastique, non réductible ni pulsatile, mobile sous la peau et circonscrite par un rebord osseux.

Aucun symptôme cérébral. Vue et odorat non lésés. Respiration nasale libre.

Kuester diagnostique un sarcome du sinus frontal saillant en dehors et en dedans du crane et probablement adhérent à la dure-mère; il croit pouvoir exclure l'envahissement des fosses nasales.

Extirpation. Formation d'un lambeau dermo-périostique, linguiforme, à base supérieure et descendant jusqu'à la racine du nez.

Ce lambeau relevé, K... arrive sur la tumeur dont la surface est lisse. Tout autour il enlève avec le ciseau un peu moins de 1 centimètre de l'os afin de rendre accessible la portion interne de la masse morbide qui s'insérait sur la dure-mère, mais s'en laissait facilement séparer, sauf en un point où K... dut exciser un tronçon cunéiforme de la méninge, long de 2 centimètres. Quelques points de catgut refermèrent immédiatement la solution de continuité de la dure-mère. Mais en continuant d'isoler la tumeur, K... reconnut qu'elle s'étendait aussi dans les fosses nasales, dans le pharynx et dans l'orbite. L'éthmoïde était entièrement détruit. La tumeur s'étant rompue, K... enleva tant bien que mal ses prolongements dans les recoins des fosses nasales. La perte de sang fut très modérée. Les lobes antérieurs du cerveau étaient refoulés en arrière et en haut et profondément déprimés. Après lavage phéniqué, deux drains furent placés à travers les narines jusqu'au-dessous du lambeau qui fut suturé.

Pansement antiseptique. Guérison en quinze jours, sans fièvre ni suppuration.

K... fit porter un fronteau à cette femme qui était passablement défigurée par l'enfoncement du front.

La tumeur d'aspect bigarré sur les coupes, avait une structure complexe où l'on retrouvait toutes les variétés du tissu conjonctif : histologiquement, elle méritait d'être baptisée un fibromyxochondroostéogliosarcome.

La récidive fut plus prompte que ne le faisait présager la faible proportion d'éléments sarcomateux constatée au microscope.

Deux mois après l'opération, la femme avait près du bord supérieur de la lacune du frontal deux tumeurs grosses comme des noisettes, placées côte à côte et manifestement implantées sur la dure-mère. En outre elle se plaignait de voir moins bien de l'œil gauche.

Kuester procéda à une nouvelle extirpation, au moyen d'un lambeau taillé de la même façon, mais moins prolongé en bas. Il trouva la dure-mère parsemée de nodosités et dut agrandir encore la lacune osseuse de façon à voir les parties saines de la méninge et d'exciser celle-ci dans toute l'étendue malade. Le sinus longitudinal supérieur fut autant que possible isolé au niveau du rebord supérieur de l'os, puis saisi avec une pince et lié préalablement à sa section. Le cerveau était parfaitement intact, mais des prolongements de la tumeur remplissaient l'orbite gauche en dedans du bulbe oculaire ; K... s'efforça de les enlever autant que possible, car leurs limites n'étaient pas distinctes. Les fosses nasales étaient fermées par un tissu cicatriciel.

Le lambeau fut rabattu et suturé, à part un petit orifice laissé à la racine du nez pour le passage d'un drain enfoncé dans la cavité crânienne.

La guérison eut lieu encore sans fièvre sans le pansement antiseptique, mais au bout de peu de semaines la femme revenait pour une deuxième récidive à laquelle elle succomba moins de trois mois après la deuxième opération, sans que K... eut jugé une nouvelle intervention possible.

Depuis le pansement antiseptique, le seul grand danger de ces extirpations de tumeurs de la dure-mère est l'introduction d'air dans le sinus longitudinal ; Volkmann perdit un malade de cette façon. On peut l'éviter en disséquant la faux du cerveau pour lier le sinus.

III. — Relation de 3 opérations du professeur Czerny :

1er *cas*. — Femme de 35 ans. Depuis environ huit mois, petite tuméfaction indolore au côté gauche de la tête ; quelque temps après, diplopie passagère. En grossissant, la tumeur s'est accompagnée de douleurs si effroyables et si rebelles que la malade se décida à se faire opérer.

Sur le pariétal gauche, et débordant la ligne médiane, tumeur arrondie, de la grosseur d'un œuf de poule, non pulsatile, médiocrement douloureuse à la pression, coupant perpendiculairement par son grand diamètre le diamètre

antéro-postérieur du crâne, longue de 9 et large de 6 centimètres, mobile sous la peau, ne se laissant pas nettement délimiter du crâne à sa base. Aucun trouble cérébral.

Pour s'assurer de l'état de l'os avant l'opération, Cz... enfonça dans la tumeur une aiguille qui parvint sans résistance jusqu'à l'intérieur de la cavité crânienne.

Opération antiseptique. Décollement du périoste sur tout le pourtour de la tumeur, avant d'enlever l'os à coups de ciseau.

L'hémorragie déjà forte devint colossale au moment où on ruginait les parties de la tumeur fixées à la dure-mère.

Devant l'éminence de mort, Cz... se hâta de comprimer la plaie et de la cautériser avec le thermocautère. Pendant cette cautérisation, l'opérée eut à deux reprises un collapsus grave : absence de pouls et de respiration.

Suture, drainage, pansement de Lister. La malade est reportée vivante dans son lit.

Malgré son extrême faiblesse, elle guérit rapidement et sans incident, se levant dès le 9e jour. Elle sentait des battements au niveau de la plaie, mais n'avait plus de douleurs de tête.

Récidive au bout de quatre mois. Sous la cicatrice opératoire, était apparue une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf, molle et pulsatile. Immédiatement à gauche et un peu plus en avant, s'en trouvait une seconde ayant les dimensions d'une châtaigne. Névrite optique double; pas de diplopie. Pas de paralysie faciale ni auditive. En revanche, il y avait affaiblissement du goût sur la moitié gauche de la langue. Tête indolore.

Dans l'espace d'une quinzaine survinrent trois attaques de vomissements, puis de la faiblesse de la jambe droite et neuf jours plus tard une paralysie complète du bras droit avec conservation de la sensibilité. La jambe gauche était le siège de douleurs et la droite fut bientôt complètement paralysée sous le rapport moteur et sensitif. Il se développa successivement une légère ptose droite et de la parésie du facial correspondant, de l'aphasie, des douleurs dans le bras gauche, de l'œdème palpébral, une parésie de la jambe gauche.

La tumeur s'était étendue en avant jusqu'à la limite des cheveux et en arrière jusqu'à 4 centimètres au-dessus du pavillon de l'oreille.

Les accidents terminaux furent du coma, un érysipèle de la face et de l'œdème pulmonaire. Mort trois mois après le début de la récidive, sans autopsie.

2e *cas*.—Femme de 19 ans, ayant eu, à l'âge de 7 ans, une inflammation du cerveau; sujette aux douleurs de tête jusqu'à 14 ans et dès lors bien portante, jusqu'il y a 3 mois où s'étant cogné le côté gauche du front, elle vit se développer une tumeur, d'abord lentement et sans douleurs, puis plus rapidement en même temps que sa consistance diminuait et que des douleurs apparaissaient irradiant dans toute la tête, la nuque et la moitié gauche de la face. Depuis quinze jours, vertiges constants, bourdonnements dans l'oreille gauche et papillotages dans l'œil correspondant.

Au-dessus de la bosse frontale gauche, cachée en grande partie sous les cheveux, se trouve une tumeur hémisphérique, large comme la paume de la main, atteignant presque la ligne médiane à droite et la ligne semi-circulaire à gauche, tandis qu'en arrière, elle remonte un peu au delà de la suture coronale. Cette tumeur, implantée solidement sur l'os, est dure sur les bords, presque fluctuante au centre, irréductible, non pulsatile ni distendue par la toux et ne donnant aucun bruit quand on l'ausculte. Partout la motilité et la sensibilité sont intactes. Rien dans l'urine.

Sur la demande de la malade, Cz... consent à l'opération après s'être assuré que l'aiguille ne s'enfonce pas au delà de l'os qui est rugueux. Ruginn-

tion du périoste autour de la tumeur. L'os, comme rongé mais encore dur, est enlevé à coups de ciseau sur une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Cz... le perfore même en un point pour vérifier l'état de sa table interne qu'il trouve hérissée d'aiguilles osseuses, englobees dans la masse morbide mollasse. Il se voit ainsi amené à reséquer l'os sur une longueur de 6 et une largeur de 8 centimètres. Ensuite il racle les restes de la tumeur sur la dure-mère et excise les portions envahies de cette dernière. Chemin faisant, il lie plusieurs rameaux de l'artère méningée moyenne.

Le cerveau ne présentait d'autres lésions qu'une empreinte correspondant à la forme de la tumeur. Thermo-cautérisation de la dure-mère à l'angle antéro externe de la plaie pour arrêter une hémorragie modérée mais opiniâtre. Suture de la peau, drainage et pansement de Lister. L'opération avait duré deux heures et quart. Il n'y eut presque pas de fièvre consécutive, mais le pouls resta longtemps irrégulier. Disparition immédiate des bourdonnements d'oreille.

Deux mois après l'opération, pas trace de récidive. Un peu de céphalalgie par instants et légère sensibilité à la pression à la partie inféro-externe gauche de la lacune osseuse.

Dans les deux observations précédentes, la tumeur extirpée était un sarcome à petites cellules rondes, très vasculaire. Dans le premier cas, il paraissait provenir de la moelle, car l'os faisait complètement défaut au niveau de la tumeur ; dans le second, il semblait dériver à la fois des périoste externe et interne, car les portions intra et extra-crânienne de la tumeur étaient séparées l'une de l'autre par un os érodé superficiellement et traversé de pores remplis par la masse morbide.

3e *cas.* — Femme de 64 ans, atteinte depuis dix-huit mois d'un épithéliome de la partie gauche du front formant, au-dessus de l'oreille, un ulcère arrondi de 6 centimètres au centre duquel l'os érodé est à nu, présentant même une perforation à travers laquelle on aperçoit les pulsations du cerveau.

Résection d'un tronçon osseux haut de 3 centimètres 1/2 et large de 4. La dure-mère était envahie par le néoplasme. Cz... en excise un fragment rond de 2c,3 de diamètre. Au-dessus de l'oreille gauche, il taille un lambeau pour recouvrir la perte de substance.

Suites à peu près apyrétiques. Ici la récidive n'est pas à craindre, car l'excision de la peau, de l'os et de la dure-mère a été faite en pleins tissus sains.

J. B.

**I. — Ueber unblutige Amputation der weiblichen Brust (De l'amputation du sein par des procédés hémostatiques), par LEISRINK** (*Centralblatt für Chirurgie, n°* 30, 1880).

**II. — Idem, par STUKOWENKOFF** (*Ibid., n°* 40, 1880).

**III. — Idem, par SZUMAN** (*Ibid., n°* 40, 1880).

**IV. — On a neglected symptom in breast cancer, par Herbert SNOW** (*The Lancet, I, p.* 912, 1880).

**V. — Statistische Mittheilungen über den Brustkrebs nach Beobachtungen aus der Breslauer chirurg. Klinik (Statistique sur le cancer du sein), par A. HENRY** (*Inaug. Diss., Breslau,* 1879).

**VI. — Die operative Behandlung des Brustkrebses (Le traitement chirurgical du cancer mammaire), par KORTEWEG** (*Arch. f. klin. Chir., Band XXV, Heft* 4, *p.* 767).

**VII. — Zur Statistik des Mamma Carcinoms, par Guido TÖROK et R. WITTEL-SHOEFER** (*Ibid.*, *p.* 873).

**VIII. — The influence of operations upon the prolongation of life and permanent recovery in carcinoma of the breast, par Samuel-W. GROSS** (*Med. News*, 21 *janvier* 1882).

**IX. — Quelques cas de récidive tardive des tumeurs du sein, par DESPRÉS, DELENS, etc.** (*Bull. de la Soc. de chir.*, *p.* 532, 1881).

**X. — Remarques sur l'ablation des tumeurs du sein, par KIRMISSON** (*Ibid.*, 1882).

**XI. — Le tubercule du sein chez la femme et chez l'homme, par P. POIRIER** (*Archiv. gén. de méd.*, *janvier* 1882).

**XII. — Observation de mamelle surnuméraire, par NOTTA** (*Union médicale*, 31 *janvier* 1882).

I. — Leisrink publie deux observations d'amputation du sein, faites avec la méthode hémostatique. Il s'agissait les deux fois de mamelles pendantes. L'auteur se servit d'une sorte de clamp, à deux branches parallèles, réunies à leurs extrémités par des vis de pression, dans lequel il saisit la base de la mamelle, et la comprime comme il ferait du pédicule d'une tumeur.

II. — A propos de cette communication, Stukowenkoff dit se servir d'un clamp identique, et l'avoir présenté en 1879 à la Société de chirurgie de Moscou; il se trouve bien d'appliquer encore en arrière un lien constricteur.

III. — Le procédé de Szuman n'est pas, comme le précédent, limité à l'amputation des mamelles pendantes ; il est applicable à toutes les tumeurs du sein, tant qu'elles sont encore mobiles. Ce n'est, d'ailleurs, autre chose que le procédé de la ligature des tumeurs, par sectionnement, de Rigal (de Gaillac) : une aiguille armée d'un fil est passée à plusieurs reprises à la base de la tumeur ; celle-ci se trouve divisée en plusieurs parties qui sont étreintes chacune dans une ligature. L'auteur relate une observation d'encéphaloïde du sein, enlevé de cette manière, sans perte de sang appréciable. H. TH.

IV. — Dans le cancer du sein (surtout le squirrhe) parvenu à une période déjà avancée, au moment où les ganglions de l'aisselle se prennent, on observe du côté de l'extrémité supérieure de l'humérus correspondant une légère augmentation de volume avec douleur à la pression.

Ces phénomènes morbides ne se révèlent pas pendant les mouvements; ils ne gênent pas le fonctionnement du membre ; ils passent donc inaperçus du malade. C'est au médecin de les rechercher en comparant avec le côté opposé. Le gonflement et la douleur à la pression répondent surtout à la région des trochanters, mais peuvent occuper tout le 1/3 supérieur de l'os. Partie du point pressé, la douleur peut s'irradier plus ou moins loin le long du bras.

Quelquefois on observe les mêmes signes sur la clavicule.

A une époque plus avancée ces symptômes disparaissent, masqués par un œdème dur de tout le membre.

L'auteur n'a jamais eu occasion de faire l'examen histologique à une

période de début. Mais plus tard on constata que la moelle est d'un rouge intense, formée de cellules presque sphériques à gros noyaux. Il n'existe ni cellules graisseuses, ni trame aréolaire. Le volume de l'os n'est pas modifié.

Il est intéressant de rapprocher cette lésion des faits bien connus de noyaux cancéreux du côté du rachis à la période avancée des cancers du sein.

Les modifications de volume et de sensibilité de l'humérus ne créent pas une contre-indication à l'opération, mais elles entrent en ligne de compte pour le pronostic : Il y aura récidive rapide. V. CAMPENON.

V. — Ces recherches portent sur 196 cas de cancer observés dans les années 1871 à 1878. Ils se répartissent de la manière suivante : *Cas opérés :* 1° sujets vivants, sans récidive : 28 ; 2° vivants, avec récidive : 18 ; 3° morts de récidive : 60 ; 4° morts d'autres maladies ou non suivis : 11 ; 5° morts de l'opération ou des maladies accidentelles ou de cancer secondaire, peu après l'opération : 30. *Non opérés:* 49, sur lesquels 35 sont morts au moment où la statistique est faite.

Parmi les 196 malades, il y avait seulement 4 hommes (2,04 0/0). Aucun cas ne fut observé au-dessous de 20 ans ; la proportion croît avec l'âge, entre 20 et 50 ans, puis elle décroît. Femmes mariées : 74,3 0/0 ; veuves, 12,5 0/0 ; célibataires, 13,1 0/0 ; femmes ayant eu des enfants, 81,5 0/0 (21,0 0/0 ont eu plus de 6 enfants). L'influence de la grossesse et de la lactation ne paraît pas douteuse à l'auteur ; il en est de même des traumatismes répétés qui sont susceptibles de provoquer une irritation inflammatoire.

VI. — Dans ces dernières années, Winiwarter, Oldekop et Henry ont rassemblé les statistiques de cancers du sein observés par Billroth, Esmarch et Fischer.

Ces divers auteurs ont rassemblé ainsi 616 cas de cancers de la mamelle.

| | |
|---|---|
| Winiwarter | 170 |
| Oldekop | 250 |
| Henry | 176 |

Sur ces 616 cas, 95 n'ont pas été opérés. — L'histoire de 6 est absolument incomplète. Restent donc 515 opérations, qui ont donné 87 morts par l'intervention même, mortalité 16 0/0.

Si avec Oldekop, Henry et Winiwarter on admet que les malades guéris pendant 3 ans peuvent être regardés comme définitivement guéris, on trouve 46 guérisons, soit 9 0/0.

Aussi l'opération doit-elle toujours être pratiquée quand elle est faisable. Néanmoins, examinons la question suivante :

1) Doit-on opérer des cancers du sein avec cancer ganglionnaire ?

2) Doit-on opérer des cancers du sein sans cancer ganglionnaire ?

Sur 294 malades chez qui l'on enleva des ganglions axillaires, il en mourut 20 0/0 et 6 0/0 furent définitivement guéris, les autres eurent une récidive entre 2 mois et 7 mois.

Ceux qui ont été opérés ont vécu 29 mois en moyenne après l'opération ; ceux qui ne l'ont pas été ont vécu 32 mois. D'où la conclusion :

Des malades auxquels on ne fit qu'une simple amputation du sein sans

curage axillaire, aucun ne mourut des suites de l'opération, 12 0/0 furent définitivement guéris, chez les autres le mal récidiva entre 5 et 11 mois. En moyenne, ils ont vécu 32 mois après l'opération.

Si l'on se demande comment il se fait que les suites soient si différentes dans les 2 cas, on voit que l'on doit considérer 2 points : l'étendue du cancer et sa malignité.

L'auteur montre que plus la métastase ganglionnaire se fait tard, plus le cancer est bénin et lent dans sa marche. Ce sont ces cas qui donnent une guérison radicale.

En somme, la solution des 2 questions posées ci-dessus est absolument impossible, et c'est d'après l'examen individuel de chaque cas que l'opérateur devra se décider ou non pour une intervention radicale.

VII. — Les auteurs de cette statistique en ont emprunté les éléments au service de l'hôpital général de Vienne.

Sur 72,000 autopsies pratiquées à cet hôpital de 1817 à 1879, l'on a relevé 366 cas de cancers du sein (soit 1/2 0/0 environ), dont 358 carcinomes avérés et 8 cas douteux.

Le côté atteint est signalé dans 351 cas, 161 fois le cancer était à droite, 144 fois à gauche ; 46 fois il existait des 2 côtés, le sexe féminin est de beaucoup prédominant, en effet on n'a trouvé que 3 cancers du sein chez l'homme.

Quant à l'âge, la moyenne de 50 ans semble prédisposer le plus à l'atteinte du mal. C'est ainsi que l'on a observé 100 cancers du sein de 41 à 50 ans et 108 de 51 à 60.

Voici maintenant quels sont les chiffres au point de vue de la fréquence de l'opération :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Opérés . . . . | 184 | Avec métastases. . . . | 79 |
| | | Sans métastases. . . . | 105 |
| Non opérés . . | 182 | Avec métastases. . . . | 141 |
| | | Sans métastases . . . . | 41 |

146 fois l'opération a pu être radicale. L'infection par le cancer se montre de différentes façons :

1° Envahissement local.

2° Infection des ganglions lymphatiques.

3° Métastases internes.

192 fois sur 366 il y eut envahissement local de la peau, des muscles, des côtes, du sternum, des médiastins, des plèvres, du péricarde, du péritoine, du foie.

En somme, c'est la peau qui est le plus souvent prise (148 fois) puis les muscles pectoraux (58 fois).

110 fois la peau a été ulcérée, 38 fois il y avait dans la peau de petits foyers carcinomateux. Les cancers du sein qui se montrent avec une dissémination dans la région périphérique sont beaucoup plus souvent combinés avec des métastases internes et de l'infection des ganglions axillaires que les cancers qui présentent un envahissement local restreint les ganglions axillaires ont été pris par le cancer 175 fois, et dans ces 175 cas l'on a trouvé 57 fois des métastases viscérales ; dans les 191 cas latents, on a trouvé 62 fois du cancer dans les viscères.

Quant aux ganglions sus-claviculaires, on ne les a trouvés atteints que

23 fois, ce qui concorde avec les observations faites par Winiwarter. Les métastases internes sont relativement fréquentes et ont été trouvées 220 fois, en y comptant les infections locales des muscles et des ganglions lymphatiques axillaires. Le cancer secondaire a surtout atteint le foie, la plèvre, les os, etc. Nous ne pouvons reproduire ici un tableau détaillé des organes affectés, et nous renvoyons le lecteur à l'énumération complète des différents sièges occupés par le cancer secondaire.

Des 182 cas qui n'ont pas été opérés, 141 ont donné des métastases dans les organes internes. Ainsi le cancer du sein auquel on ne touche pas amène la mort dans plus des trois quarts des cas. Dans les 41 faits restants, c'est une pneumonie, une pleurésie, une tuberculose pulmonaire intercurrente, qui a causé l'issue fatale. E. SCHWARTZ.

VIII. — En vue d'élucider cette importante question de thérapeutique chirurgicale, l'auteur examine, d'après des statistiques considérables les trois points suivants :

1° L'opération prévient-elle la dissémination locale du cancer ? on peut répondre par l'affirmative. La clinique montre que les tissus adjacents sont envahis dans 90, 82 0/0 des cas. Or, sur 395 observations dans lesquelles cette particularité a été relevée, on compte 315 cas, ou 79,74 0/0 de récidive locale. L'opération a donc empêché l'extension du mal sur place dans 10,08 0/0;

2° L'opération prévient-elle l'envahissement des ganglions ? Sur 657 cas de cancer du sein, on a noté 422 fois l'adénite axillaire ; dans 27 cas il y avait en plus infiltration des ganglions sus-claviculaires, dans 5 des ganglions sous-claviculaires, dans 3 des ganglions cervicaux. Dans 114 opérations où ce détail a été noté, on trouve la récidive ganglionnaire 46 fois ;

3° L'opération prévient-elle le développement de tumeurs métastatiques? Sur 252 cas de cancers du sein, non opérés, on note 157 fois des tumeurs viscérales ; sur 488 cas opérés, on ne compte que 146 fois la présence de tumeurs métastatiques. L'opération empêcherait donc la généralisation dans 32,30 0/0 des cas ;

4° La vie est-elle prolongée par l'opération ? D'après des calculs semblables, l'auteur admet que l'extirpation donne aux malades une survie d'un an en moyenne sur la durée du cancer abandonné à lui-même.

De plus elle peut assurer la guérison définitive ; en entendant ce mot, comme Volkmann, qui la regarde comme probable, lorsque la malade n'a présenté aucune récidive locale, aucune autre manifestation pendant les trois années qui suivent l'intervention. Sur 527 cas de cancer squirrheux, médullaire, colloïde ou atrophique, 57 malades ont dépassé ces trois années.

Paget réclame un délai de dix années sans récidive pour être autorisé à croire à la guérison. La statistique de Gross ne comporte que dix cas où la malade n'a présenté aucun signe de récidive avant la dixième, la douzième et même la quinzième année.

L'auteur est partisan d'une extirpation totale, y compris le fascia aponévrotique sous-jacent, avec exploration méthodique de l'aisselle et ablation de tous les ganglions qu'on ne peut, dit-il, souvent pas sentir par la palpation. A. C.

IX. — M. Després a opéré au bistouri le 27 août 1872 une femme atteinte depuis quelques mois d'un squirrhe mammaire. La plaie n'a pas

été réunie, et la récidive ne s'est produite que neuf ans après l'opération; elle a pour siège le tissu cellulaire qui est situé sous la cicatrice à laquelle elle n'adhère pas; cette nouvelle tumeur est, du reste, parfaitement opérable.

M. Delens cite le cas d'une femme de 62 ans opérée par lui il y a cinq ans et restée depuis en parfaite santé.

M. Lucas-Championnière a fait, il y a deux ans, l'ablation d'un adéno-sarcome mammaire récidivé, et de quelques ganglions axillaires. La guérison s'est maintenue.

M. Gillette a pratiqué l'ablation d'un sarcome du même organe qui, depuis cinq ans, n'a pas reparu. Le malade était de plus diabétique.

Une discussion s'élève sur la question de savoir s'il convient de faire la suture après de telles opérations. M. Després la condamne, mais M. Le Fort, d'accord en cela avec M. Lucas-Championnière, estime que la suractivité vasculaire, entretenue dans les tissus par la suppuration prolongée, est favorable à la récidive et qu'il est de bonne pratique de la prévenir au moyen de la réunion.

X. — M. Kirmisson, reprenant les indications formulées et mises en pratique par bon nombre de chirurgiens, pose comme règle générale, pour prévenir autant que possible les récidives, de prolonger les incisions parallèlement au bord inférieur du grand pectoral jusque dans l'aisselle, afin d'enlever la chaîne des vaisseaux lymphatiques et les ganglions qui se sont développés, sans donner lieu à un symptôme quelconque décelant leur présence. L. JULLIEN.

XI. — Homme de 46 ans, de constitution robuste. L'affection aurait débuté il y a trois mois par deux petits boutons vésiculeux, à base indurée, à 3 centimètres en dehors du mamelon droit. Peu à peu la base des boutons augmenta de volume et de consistance, et il se produisit là une grosseur sous-cutanée.

A l'entrée du malade, on constata une tumeur allongée, commençant à un travers de doigt en dehors du mamelon droit, et se continuant vers l'aisselle sur une longueur de 6 centimètres. Cette tumeur, ovoïde, de consistance dure et mamelonnée, ne se termine pas brusquement, mais se fond dans un empâtement diffus, sous-cutané que l'on peut suivre jusqu'au creux de l'aisselle, où l'on trouve deux ganglions durs du volume d'une noisette chacun. La tumeur est mobile sur le grand pectoral, adhérente à la peau; elle paraît indépendante du mamelon et du rudiment de la glande mammaire qui existe chez l'homme.

En raison du développement très marqué des ganglions lymphatiques chez ce malade, on essaya un traitement antisyphilitique, malgré l'absence de tout antécédent. Après dix jours de ce traitement, la tumeur avait presque doublé de volume, la peau était devenue rouge, violacée, et l'un des mamelons de la grosse extrémité de la tumeur était fluctuant. La tumeur est enlevée avec les ganglions de l'aisselle.

L'examen histologique fit reconnaître la nature tuberculeuse de la tumeur. P. MERKLEN.

XII. — Mme X..., âgée de 26 ans, nourrissant son quatrième enfant, a remarqué que, depuis quatre mois, le lait coule dans l'aisselle gauche, toutes les fois que l'enfant prend le sein. On trouve dans cette région, au niveau du bord externe du grand pectoral, une tumeur mollasse, qui a le volume d'une noix lorsqu'il y a longtemps que l'enfant n'a têté, celui d'une noisette lorsqu'il vient de têter; on ne peut voir à la loupe le moindre orifice par où sourde le lait; il sort goutte à goutte une cuillerée à café de lait à chaque tetée. La tumeur paraît reliée à la mamelle par un cordon répondant au bord

externe du grand pectoral. Deux ans plus tard, cette femme, qui allaitait son cinquième enfant, présenta les mêmes symptômes. Après cet allaitement, la tumeur s'atrophia et le cordon diminua beaucoup de volume.

L'auteur insiste sur ce développement d'une tumeur lactifère dans le cours d'un quatrième allaitement, sur l'absence d'auréole et de mamelon. Il admet que la glande supplémentaire communiquait d'abord par un conduit avec les sinus du sein, puis, ce conduit s'étant bouché, elle s'est ouverte à l'extérieur. Il faut donc distinguer deux sortes de mamelles surnuméraires, les unes absolument indépendantes, qui paraissent à la cuisse, au dos, etc.; les autres, les mamelles axillaires, qui sont des prolongements de la glande principale à laquelle les relie un cordon atrophié ou non. Les premières, caractérisées par l'aspect d'une glande normale avec auréole, mamelon; les autres, formant des tumeurs arrondies, glissant sous la peau, analogues à un lipome, et laissant couler le lait par des pertuis capillaires. H. L.

**On the removal of benign tumours of the mamma whithout mutilation of the organ (De l'extirpation des tumeurs bénignes de la mamelle sans mutilation de l'organe), par GAILLARD THOMAS** (*New York medical Journal, avril* 1882).

L'auteur propose le procédé suivant, qu'il a employé avec succès dans douze cas; pratiquer dans le sillon sous-mammaire une incision courbe circonscrivant la moitié inférieure de l'organe, disséquer la glande par sa face profonde et l'attirer en haut, énucléer la tumeur en la séparant de ses attaches à petits coups de ciseaux, placer dans la cavité ainsi formée un drain en verre disposé verticalement et dont l'extrémité est fixée sur la paroi thoracique à l'aide d'une bandelette de diachylon, laisser retomber la mamelle dans sa position normale et réunir les lèvres de l'incision par une série de points de suture exécutés avec des fils de soie très fins, appliquer enfin un pansement antiseptique. Dans la majorité des cas la réunion s'est faite par première intention, le drain peut être retiré au bout de huit ou neuf jours, et il ne reste d'autres traces de l'incision qu'une cicatrice linéaire cachée au fond du sillon et entièrement invisible dans la position normale du sein. Ce procédé ne convient naturellement pas dans les cas de tumeur intéressant les téguments de la mamelle ; il est parfaitement applicable au traitement des fibromes, des lipomes, des kystes, et des adénomes de moyenne dimension, qui occupent presque toujours la moitié inférieure de la mamelle. H. BARTH.

**Zur Behandlung des Brustkrebses (Du traitement du cancer mammaire), par E. KÜSTER** (*Deutsche Gesellschaft f. Chir., et Berlin. klin. Wochenschrift, p.* 339, 1883).

Dans ces dernières années, le principe d'opérer le cancer mammaire le plus tôt et le plus radicalement possible a été posé par plusieurs chirurgiens, mais on n'a pas encore formulé nettement la nécessité de pratiquer dès le début, dans tous les cas, la toilette de l'aisselle. Cela résulte de la lecture des ouvrages de chirurgie les plus répandus et des publications statistiques de ces dernières années. — Se basant sur ses observations personnelles, Küster pose en principe qu'il faut évider l'aisselle, même

dans les cas où, comme cela se passe chez les femmes amaigries, on ne peut sentir la moindre altération des ganglions. — Jusqu'à la fin de 1882, il a opéré en tout 132 cas de cancer mammaire, à propos desquels il a pratiqué 15 extirpations primitives partielles, c'est-à-dire des extirpations de noyaux cancéreux isolés, ou de mamelles isolées, ou de mamelles avec 1 ou 2 ganglions axillaires. Sur ces 15 cas il a eu 13 récidives rapides et seulement 2 guérisons prolongées (13 33 0/0). Dans les 117 autres cas il a fait le curage méthodique de l'aisselle, bien que, dans un très grand nombre de cas, il n'y eut pas la moindre trace de dégénérescence ganglionnaire. Cependant l'examen macro et microscopique des ganglions lui a montré que, même dans ces conditions, il existait déjà un commencement d'altération ganglionnaire cancéreuse; deux cas seulement ont fait exception.

Pour pouvoir juger de la valeur de ce traitement, tant au point de vue de la mortalité qu'à celui de la durée de la guérison, il le compare aux grandes statistiques publiées dans ces dernières années (von Winiwarter, Oldekop, Henry, Sprengel). Ces statistiques indiquent une mortalité de 23.7 à 7.63 0/0, en moyenne 15.66 0/0. Küster, sur 132 opérés a eu 20 morts, soit 15.15 0/0. — Au point de vue de la guérison définitive, c'est-à-dire sans récidive constatable au bout de 3 ans, les statistiques précédentes oscillent entre 5.59 et 16.19 0/0. Küster sur 60 femmes a obtenu 13 guérisons définitives, soit 21.66 0/0.

Mais si on ajoute à ces 60 cas ceux qui sont opérés sans récidive depuis 2 ans, le pour cent des guérisons totales s'abaisse à 19.75. Cela provient de ce qu'il y a, parmi ces derniers, plus d'opérées dont on n'a pu connaître le sort et il faut, si l'on veut se faire une idée juste de la valeur de l'opération au point de vue de la guérison définitive, faire abstraction de tous les cas de mort et de tous les cas dont le résultat définitif est inconnu. En procédant de la sorte, sur 81 femmes opérées jusqu'au 1er mars 1881, il faut en retrancher 20, reste 61 dont 16 (26.22 0/0) ont guéri sans récidive.

En conséquence Küster considère que le curage primitif de l'aisselle est sous tous les rapports la méthode à laquelle il faudra toujours donner la préférence quand on opérera un cancer mammaire.

*Discussion.* — Gussenbauer (de Prague) dit que, dès la publication en 1881 de son travail sur le développement des tuméfactions ganglionnaires secondaires, il a posé le principe de l'extirpation régulière des ganglions régionaux dans toutes les opérations de tumeurs, alors même que les métastases seraient déjà assez étendues pour qu'on ne puisse plus espérer la guérison radicale. Pour le cancer mammaire même il fait le plus souvent, non seulement l'évidement de l'aisselle, mais encore celui du creux sus-claviculaire. En tout cas l'extirpation méthodique des ganglions de l'aiselle est une règle généralement acceptée.

Von Langenbeck enlève les ganglions cancéreux de l'aisselle qui compliquent le cancer mammaire, mais non les ganglions sus-claviculaires parce que, lorsque ceux-ci sont pris, l'infection a déjà atteint d'autres ganglions inopérables.

Esmarch extirpe toujours les ganglions de l'aisselle. Quand ceux-ci sont confondus avec les gros vaisseaux et les nerfs, de telle sorte qu'on ne puisse les détacher par le curage, on est autorisé à son avis, s'il n'y a pas

d'infection déclarée en quelque autre point, à désarticuler tout le bras. Dans un cas où il a agi de la sorte, l'opérée a guéri sans récidive.

Von Langenbeck approuve cette conduite dans les cas difficiles. Il a lui-même dû exciser 3 fois, avec les ganglions, les muscles, les vaisseaux et les nerfs malades; un opéré a guéri, le second est mort de récidive, le troisième de gangrène du membre. En pareil cas la désarticulation du bras donnera de meilleurs résultats.

Von Bergmann a également observé que lorsque les ganglions sus-claviculaires sont pris il existe déjà presque toujours des métastases ou des points inopérables.

Gussenbauer : Il est rare que les malades atteints de cancer mammaire viennent se faire traiter de bonne heure. Cependant toutes les fois qu'il a examiné les ganglions régionaux, alors même qu'ils ne présentaient aucune hypertrophie, il les a trouvés cancéreux. De là son conseil de les enlever toujours.

Von Winiwarter (de Liège) a déjà donné en 1878, dans son livre sur le cancer, le conseil, dans tous les cas de carcinome de la mamelle où l'on n'est pas absolument sûr de l'intégrité des ganglions, d'ouvrir l'aisselle et de la disséquer jusqu'aux vaisseaux.

Von Langenbeck croit aussi, contrairement à Küster, que la loi de Gussenbauer est généralement acceptée pour les cancers de la mamelle et de la langue. Il lit ensuite une communication écrite de von Nussbaum (de Munich) dans laquelle ce chirurgien préconise le thermocautère pour l'extirpation des cancers de la langue et de la mamelle, en raison des propriétés hémostatiques et préservatrices de cet instrument. Langenbeck n'est pas de cet avis ; on opère plus proprement et plus radicalement avec le bistouri, en outre la cautérisation provoque une suppuration qui favorise la récidive. Cependant dans les cas inopérables il a vu d'excellents résultats de l'action du fer rouge sur les douleurs. DE SANTI.

**Corps étranger de l'œsophage, extraction, mort par perforation consécutive de l'aorte ; par FILLOT** (*Soc. anat.*, 10 *novembre* 1882).

Homme de 29 ans, entré à l'hôpital Cochin, pour un corps étranger de l'œsophage dont il est porteur depuis 36 heures.

Le cathétérisme pratiqué le lendemain, au matin, indique la présence du corps à 30 centimètres des arcades dentaires, c'est-à-dire à 15 centimètres au-dessous de l'extrémité supérieure de l'œsophage. Il n'est déplacé ni par la bougie à olive, ni par la bougie armée d'une petite éponge qui passe facilement au-dessous de lui, et l'exploration est remise au lendemain. Alors, on retire avec le panier de Graefe un fragment d'os d'une longueur de 1 centimètre 1/2 ,d'une largeur de quelques millimètres et pointu à ses deux extrémités. Le lendemain, 27 octobre, le malade quitte l'hôpital sur sa demande.

Il reprend ses occupations et le 30 octobre, au matin, on le rapporte sur un brancard. Il a été trouvé dans un escalier affaissé sous un meuble qu'il portait, et il a vomi, paraît-il, une certaine quantité de sang. Dans l'après-midi, nouvelle hémorragie, injections d'éther, glace. Quelques heures après il est pris d'une hémorragie fondroyante et meurt.

A l'autopsie, on trouve une perforation ulcérative de la largeur d'une pièce de 1 franc sur la paroi postérieure de l'œsophage, à 12 centimètres au-dessus du cardia ; au même niveau, une perforation de la largeur d'une pièce de

cinquante centimes sur la paroi antérieure de l'aorte descendante; réunion des deux conduits par un tissu cellulaire épaissi et sphacélé. A. C.

**I. — Des variétés rares de la hernie inguinale, par H. DURET** (*Thèse d'agrégation, Paris,* 1883).

**II. — Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte, par L. RAMONÈDE** (*Thèse, Paris,* 1883).

**III. — De l'étranglement dans la hernie inguinale congénitale, et, en particulier, de l'étranglement siégeant en bas du sac, au niveau du rétrécissement péritonéo-vaginal, par TRÉLAT** (*Bulletins de la Soc. de chirurgie, p.* 190, 1883).

**IV. — Note sur une variété insolite de hernie inguinale (hernie enkystée d'Astley Cooper, hernie à double sac ou à sac intra-vaginal de Bourguet d'Aix), par Ch. MONOD** (*Ibid., p.* 210).

**V. — Sur le même sujet, par Th. ANGER** (*Ibid., p.* 252).

**VI. — Kryptorchismus, traumatische Hodenentzündung. Incarcerirte Hernie. Ileus. Herniotomie. Tod durch Aspiration von Fäcalmassen (Inflammation traumatique d'un testicule inguinal; hernie pro-péritonéale étranglée, mort par pénétration des matières vomies dans les bronches), par SURY-BIENZ** (*Corresp. Bl. f. schweizer Aerzte, p.* 368, 1er *août* 1883).

**VII. — Abnorme anatomische Verhalten einer Hernie in der Leistengegend (Hernie anomale de l'aine), par BUSCH** (*Berlin. klin. Wochenschr., p.* 718, 28 *novembre* 1881).

**VIII. — Heilung einer Hernie inguino-properitonealis durch Operation (Opération d'une hernie pro-péritonéale; succès), par G. BOLLING** (*Ibid., p.* 403, 26 *juin* 1882).

**IX. — Laparotomie wegen innerer Incarceration (Étranglement interne, laparotomie), par BRUGGISSER** (*Corresp. Bl. f. schweizer Aerzte, p.* 33, 15 *janvier* 1883).

**X. — Note sur un cas de hernie rétro-péritonéale, par A. JOMINI** (*Revue méd. de la Suisse romande, II, p.* 302, *juin* 1882).

I. — Sous ce titre l'on ne peut s'attendre à trouver un travail d'ensemble ; aussi cette thèse est-elle bien plutôt un recueil de faits rares et curieux que l'exposé d'un chapitre de pathologie. Nous devons donc nous borner à indiquer celles des observations inédites rassemblées par l'auteur qui présentent un intérêt particulier ; nous aurons cependant, en plus d'un point, à signaler les vues personnelles de Duret sur les faits qu'il rapporte, surtout à l'occasion de telle ou telle variété encore peu connue de hernie.

L'auteur étudie successivement les variétés rares de la hernie inguinale commune, et celles de la hernie congénitale. Il passe en revue les variétés par le lien d'éruption (hernies inguinales directes, obliques-internes par éraillure); puis les variétés selon l'organe contenu (hernies du cœcum et de l'S iliaque, hernies de la vessie, hernies de l'ovaire). Il faut signaler son chapitre sur les cystocèles inguinales, qui renferme une description complète de ce genre de déplacement et plusieurs observations inédites, exemples des complications dont il peut être suivi :

*Obs.* 7 (par M. de Larabrie). Il s'agit d'une cystocèle inguinale volumineuse chez un homme âgé : celle-ci se compliqua d'une cystite purulente, et d'un abcès périvésical. A l'autopsie on trouva que le péritoine n'était pas entraîné dans la hernie, et que la vessie, dans sa portion herniée, était intimement adhérente au fascia transversalis épaissi qui la recouvrait et qu'elle avait entraîné avec elle dans son déplacement. La hernie de la vessie avait déterminé une inflexion du canal de l'urètre qui rendait le cathétérisme difficile.

Dans les deux faits suivants, le péritoine était entraîné dans la hernie avec la vessie : il y avait des accidents d'étranglement dus, dans l'un à la constriction éprouvée par le réservoir de l'urine, dans l'autre à celle de l'S iliaque compris en même temps que lui dans le déplacement.

*Obs.* 8 (par P. Berger). Vieillard de 66 ans, atteint d'une ancienne hernie qui depuis 24 heures donne lieu à des accidents d'étranglement véritable. Après avoir constaté l'inefficacité du taxis avec chloroforme, on opère et dans un sac herniaire mince, au milieu d'une masse d'épiploon adhérent, on trouve un deuxième sac que l'on ouvre et qui n'était autre qu'un diverticule de la vessie. La plaie vésicale fut réunie par une suture de Gély et la hernie vésicale réduite mais fixée tout contre l'orifice herniaire par des sutures en catgut : l'épiploon fut réséqué. Quelques jours après il se produisit une fistule inguinale qui laissait passer l'urine d'une manière intermittente, et qui guérit spontanément au bout de deux mois. Ici c'était l'épiploon adhérent à la vessie qui l'avait fait descendre dans le trajet inguinal.

*Obs.* 9 (par M. Broca, interne). Un homme de 67 ans porte une hernie inguinale volumineuse qui, à plusieurs reprises, a déjà donné lieu à des accidents d'étranglement. Ceux-ci se représentent mais en suivant la marche des étranglements chroniques et, d'abord, avec persistance du cours des matières. Le malade succombe le 7e jour sans opération : à l'autopsie on trouve un étranglement peu serré de l'S iliaque du côlon ; en arrière de celui-ci se trouve un diverticule vésical dont la partie antérieure seule est recouverte par le péritoine.

Duret admet que dans ce cas la chronicité de l'étranglement était due à la présence d'une portion de la vessie entre l'anse herniée et le contour du collet, disposition grâce à laquelle la constriction exercée par ce dernier sur l'intestin était partiellement amortie.

L'étude des variétés rares par anomalies du sac et de son collet termine cette première partie.

La seconde partie est consacrée aux variétés dans les hernies congénitales. Nous y trouvons une description bien faite de certaines espèces qui méritent une étude à part.

1° *Les hernies inguino-propéritonéales* ont été l'objet de travaux nombreux dont le plus important est celui de Krönlein qui a été analysé dans ce recueil (*R. S. M.*, IX, 671 et XVII, 647). Duret n'ajoute pas de fait nouveau à ceux qui ont été publiés, mais il résume nos connaissances sur ce point et met en parallèle les diverses théories invoquées pour rendre compte de la formation de ces hernies. On sait qu'elles sont caractérisées par l'existence d'un double sac muni d'un seul orifice de communication avec le péritoine ; des deux diverticules qui composent le sac, l'un pénètre dans le trajet inguinal, l'autre situé à côté et en arrière du premier, est placé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, soit au niveau de la fosse iliaque, soit dans la cavité pelvienne, soit sur les côtés de la vessie, d'où les trois formes iliaque, pelvienne et vésicale que présente la hernie perpéritonéale.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer la formation de ce diverticule profond du sac : la réduction partielle du sac herniaire sous des efforts de taxis (Streubel), ou sous l'influence de la traction exercée par l'adhérence des viscères qui y sont contenus ; la réduction en masse avec formation d'un sac secondaire à côté de celui qui a été réduit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal (théorie presque identique à la précédente); l'existence de diverticulums congénitaux décrits par Rokitanski et Linhart, et que forme le péritoine autour des orifices herniaires, diverticulums qui pourraient se laisser distendre par l'intestin ; enfin un vice de forme également congénital du conduit vagino-péritonéal qui serait disposé en bissac ou en sablier : des deux renflements superposés qui le composent, le supérieur, en cas de hernie, serait refoulé dans le ventre par des efforts de taxis et deviendrait le diverticule profond ou la hernie propéritonéale proprement dite. Duret se rattache un peu trop exclusivement à ce mode de formation qui ne paraît pas pouvoir s'appliquer à tous les faits encore qu'il en explique un assez grand nombre.

2° *La hernie inguino-interstitielle* est bien connue depuis le mémoire de Goyrand et les recherches de Tillaux consignées dans la thèse de Dupuy (1877). Le caractère congénital de ces hernies, l'ectopie inguinale du testicule qui les complique toujours, la forme sinon le siège du sac qui renferme l'intestin, les rapprochent tellement des hernies propéritonéales que l'on pourrait presque comprendre les unes et les autres dans une même catégorie dont elles constitueraient deux formes voisines. Deux intéressantes observations, l'une due à M. Brun, l'autre à M. Berger, retracent les principaux caractères, anatomiques et cliniques, des hernies inguino-interstitielles.

3° *Les hernies inguinales congénitales avec anomalies testiculaires* sont trop connues et nous ne trouvons pas ici de contribution nouvelle à ce sujet.

4° Un chapitre intéressant au contraire est celui que l'auteur consacre à la *hernie funiculo-testiculaire*. Tel est le nom donné aux hernies congénitales qui viennent s'étrangler sur un diaphragme ou sur une bride qui cloisonne incomplètement le conduit vagino-péritonéal plus ou moins près du fond de la hernie. Nous n'insistons pas davantage, devant dans un instant revenir sur ces hernies et sur la disposition qui constitue leur gravité, à propos des faits communiqués par MM. Trélat et Th. Anger *à la Société de chirurgie*, et à propos de la thèse de M. Ramonède.

5° La dernière variété de hernie congénitale est la *hernie enkystée de la tunique vaginale*, d'Astley Cooper, *la hernie à double sac intra-vaginal*, de Bourguet d'Aix. L'auteur a eu le rare bonheur de pouvoir apporter trois observations inédites de cette forme peu commune.

*Obs.* 27 (par P. Berger). Au cours d'une opération de hernie inguinale étranglée, Denonvilliers (1868) ouvre une cavité que l'on croit être d'abord le sac herniaire mais qu'un examen plus approfondi démontre être la cavité vaginale. Elle renferme, en effet, le testicule et, à sa partie postérieure et supérieure, bombe une tumeur qui n'est autre que le sac herniaire, entouré de la cavité de la vaginale comme d'une véritable séreuse d'enveloppe. Le sac est ouvert, l'intestin qu'il renfermait réduit après débridement : le malade que Roux avait déjà opéré 30 ans auparavant pour étranglement siégeant au même point, guérit rapidement.

*Obs.* 28 (par P. Berger). Elle reproduit à peu près complètement les détails

de l'opération précédente. On arrive au cours d'une opération d'étranglement, sur un sac mince que l'on ouvre et qui laisse écouler une grande quantité de sérosité claire. Ce sac est très vaste : incisé il se présente comme la tunique vaginale aplatie, étalée à la surface de la hernie et l'entourant dans les 3/4 de sa circonférence. La hernie est fortement bombée, elle est contenue dans une enveloppe d'un blanc fibreux à la surface duquel rampent les faisceaux du crémaster ainsi que les vaisseaux spermatiques. Tout à fait en bas se voient le testicule et l'épididyme, ce dernier largement implanté sur la tumeur par son bord postérieur. L'incision de ce sac donne issue à de la sérosité rouge ; on trouve à son intérieur une anse étranglée très haut, vers l'anneau inguinal profond, par une bride tranchante. Débridement, réduction, guérison.

*Obs.* 29 (par P. Berger). Opération de hernie étranglée 24 heures après le début de l'étranglement, par MM. Berger et Gosselin. Aussitôt après l'incision du scrotum et d'un sac très mince, qui laisse échapper du liquide citrin, on arrive sur une grande quantité d'intestin (plus d'une anse), qui remplit la tunique vaginale et recouvre le testicule. L'intestin a fait irruption dans la tunique vaginale par un orifice situé un peu au-dessus de l'anneau inguinal externe. Cet orifice est creusé dans la paroi postérieure de la tunique vaginale ; il est débridé et l'on pénètre dans une deuxième cavité qui remonte jusqu'à l'anneau supérieur au niveau duquel siège l'étranglement. Celui-ci a déjà déterminé des lésions si graves de l'intestin qu'il faut le laisser au dehors. Mort. L'autopsie démontra que la cavité, la première ouverte, était bien la tunique vaginale : que l'orifice qui la faisait communiquer avec la cavité supérieure pouvait admettre l'index ; qu'il était creusé en avant du cordon et que ses bords étaient amincis et comme déchirés. Le sac supérieur était intimement uni à la tunique vaginale.

De l'examen de ces faits et des observations antérieures, Duret conclut que la hernie enkystée d'A. Cooper est le résultat de l'association d'une hernie péritonéale ou vaginale funiculaire, et d'une hydrocèle. La hernie, sac et viscères contenus, pénètre dans la cavité de cette hydrocèle ou soulève sa paroi postérieure s'enveloppant d'elle comme d'un 2e sac. La rupture du sac herniaire peut amener l'irruption de l'intestin dans la cavité de la tunique vaginale au travers de l'orifice créé par cette rupture, ainsi que cela a été vu dans la 3e observation de M. Berger.

L'auteur a cherché à réunir dans un chapitre de conclusions, les principales déductions tirées de ces faits, et à en faire une sorte de synthèse. Deux planches facilitent l'intelligence des dispositions anatomiques complexes que retracent ces observations. P. B.

II. — Ainsi que l'indique le titre de cette monographie, l'auteur commence par étudier les anomalies qui résultent de la persistance en totalité ou en partie du conduit péritonéo-vaginal chez l'adulte, pour envisager ensuite les conditions particulières à l'étranglement des hernies dans ce canal non oblitéré.

Ramonède a étudié le trajet vaginal sur 215 sujets : sur 32, il a trouvé une des anomalies suivantes : ou la persistance d'un petit cul-de-sac séreux au niveau de l'orifice profond, cul-de-sac dont le fond ne dépasse pas le fascia transversalis fibreux — ou un diverticule en doigt de gant pénétrant plus ou moins loin dans le trajet inguinal mais ne parvenant pas jusqu'à la séreuse testiculaire indépendante (*anomalie péritonéo-funiculaire*) ; — ou la persistance complète du trajet (*anomalie péritonéo-vaginale complète*). Celle-ci est la plus rare ; l'auteur ne l'a rencontrée que dans 2 cas ; l'anomalie

péritonéo-funiculaire, dans 4; enfin l'anomalie du premier degré était bilatérale chez 6 individus ; et chez 3 autres il existait une hernie du côté opposé au vice de conformation.

L'auteur admet que le conduit vagino-péritonéal persistant commence dans l'abdomen, au-dessus du fascia transversalis et de l'orifice inguinal profond, à une valvule qu'il appelle le pli *rétro-inguinal du péritoine :* entre cette valvule, marquant l'abouchement du conduit au péritoine et l'anneau profond, existe un premier renflement du trajet, renflement placé sous le péritoine, et qui se termine par un 2e point rétréci au niveau de l'anneau inguinal interne. C'est ce renflement qui constituerait le sac sous-péritonéal dans les hernies pro-péritonéales de Krönlein.

Dans le trajet inguinal est une seconde dilatation qui se termine par un troisième point rétréci, au niveau de l'anneau du grand oblique ; puis, quand l'anomalie est complète, un troisième espace dilaté s'étend au travers des bourses jusqu'à l'union du conduit péritonéo-vaginal avec la séreuse testiculaire, point où l'on voit un quatrième et dernier rétrécissement.

Lorsqu'une hernie se fait dans le canal péritonéo-vaginal persistant, même alors que la communication avec la cavité séreuse du testicule n'existe plus (cas d'anomalie incomplète, péritonéo-funiculaire), on pourrait reconnaître la nature congénitale de la hernie aux caractères suivants: 1° Le pli rétro-inguinal ferait défaut ; 2° une partie du sac siégerait au-dessous du péritoine, entre lui et le fascia transversalis fibreux ; 3° le collet qui occupe l'orifice interne du canal inguinal serait tranchant, valvulaire ; 4° on pourrait trouver plusieurs diaphragmes tranchants séparant le sac en compartiments secondaires ; 5° le sac présenterait avec les vaisseaux et le canal déférent des connexions sur lesquelles il est inutile d'insister car elles ont été décrites par tous les auteurs modernes.

Ramonède admet en outre que dans les hernies congénitales anciennes les anneaux ont moins de tendance à se dilater et à se confondre, de sorte que la hernie conserve son obliquité et que l'agent de l'étranglement est toujours très profond.

Les déductions au point de vue de la symptomatologie et du traitement de l'étranglement dans les hernies congénitales sont l'application peut-être un peu théorique de ces faits anatomiques. Le diagnostic de l'origine congénitale de la hernie étranglée par l'obliquité du pédicule, la hauteur du bourrelet dur et douloureux qu'il constitue, l'existence d'un ou plusieurs points rétrécis sur le trajet de la hernie ne sont pas un indice suffisant; tout au plus peut-on donner quelque importance à l'existence d'une anomalie testiculaire concomitante. Dans le cas néanmoins où ce diagnostic est possible, l'auteur qui proscrit un peu trop péremptoirement le taxis, insiste avec raison sur la nécessité : 1° d'opérer de bonne heure ; 2° de remonter très haut l'incision du canal, et d'attirer le sac en bas pour ne pas débrider à l'aveugle. Un certain nombre d'observations et une statistique de 35 cas de hernies congénitales étranglées d'emblée, complètent ce très intéressant travail. P. B.

III. — Voici, résumée par lui-même, la remarquable observation de M. Trélat :

Le malade offre toutes les apparences d'un homme atteint d'un étranglement très accusé ; le chirurgien l'examine et découvre alors dans l'aine une tumeur

molle, sonore. Il en essaye immédiatement la réduction et l'obtient avec facilité. Il y a une bonne raison à cela, c'est que la tumeur n'est pas du tout étranglée à sa partie supérieure, mais à peine le chirurgien a-t-il cessé les manœuvres de réduction que la hernie ressort. Ainsi : facilité extrême de la réduction ; non moindre facilité de la reproduction de la hernie, entraînement du testicule, persistance des phénomènes d'étranglement, tels sont les caractères de cette hernie.

En présence de ces constatations, dit M. Trélat, je fais une incision sur la tumeur herniaire et je tombe sur une anse intestinale rouge, un peu tuméfiée mais ne présentant encore aucune trace de mortification, si bien que mon premier mot est que cette anse n'est pas étranglée. J'examine cependant la tumeur avec soin, je descends vers sa partie inférieure, et c'est ainsi que j'arrive en un point correspondant à l'union du sac et de la tunique vaginale. Là, je trouve un anneau ferme, dur, ayant un centimètre de diamètre, traversé par une portion d'anse intestinale. Après avoir débridé l'anneau, je constate que cette anse offre des traces manifestes d'étranglement, mais qu'elle n'est pas suffisamment altérée pour contre-indiquer la réduction dans le ventre.

Il s'agit bien évidemment ici d'une hernie congénitale étranglée non point au niveau du rétrécissement supérieur du conduit vagino-péritonéal persistant, mais à son extrémité inférieure ; au niveau du 4e rétrécissement diaphragmatique signalé par M. Ramonède dans les cas analogues. Ceci étant admis, tout s'explique, la réduction facile de la hernie qui entraînait dans son mouvement le testicule, et sa reproduction instantanée.

Les étranglements de ce genre ne seraient pas absolument rares suivant M. Trélat. Cet auteur y range les cas de Dupuytren, de Scarpa, de Goyrand, les faits de Dudon, Brémond, Tripier et des observations anatomiques de MM. Verneuil et Panas.

IV. — La note de M. Monod est une revendication pour la hernie enkystée ou à sac intra-vaginal d'A. Cooper et de Bourguet (d'Aix). Il admet deux formes de hernie dans lesquelles l'intestin paraît pénétrer dans la vaginale au travers d'un orifice relativement étroit : l'une est celle que M. Trélat a signalée et sur les caractères anatomiques de laquelle il est inutile de revenir ; l'autre est accidentelle et possède, comme toute hernie, un sac qui n'est qu'une dépendance du péritoine. Rencontrant sur son chemin une hydrocèle en bissac, c'est-à-dire dont la cavité remonte jusqu'à l'aine, elle pénètre dans la vaginale distendue, soit en se coiffant de la séreuse testiculaire, soit en la perforant après un long contact. C'est à cette deuxième variété qu'appartiennent les faits de Dupuytren et de Bourguet d'Aix : on a pu voir que nous en avons observé trois exemples que M. Duret a consignés dans sa thèse. Monod fait voir que dans ce dernier cas les difficultés de diagnostic et de traitement sont plus grandes que dans le premier, puisque le siège de l'étranglement est très-haut situé, tandis que dans les faits analogues à celui de M. Trélat il est dans le sac lui-même, et près de son fond plutôt qu'à sa racine.

V. — M. Anger a eu l'occasion d'opérer un malade dans un cas tout semblable à celui de M. Trélat. C'était un jeune sujet qui portait depuis l'âge de 7 ans une hernie qui ne descendait pas jusqu'au fond des bourses ; depuis 24 heures elle était descendue jusqu'au testicule et étaient survenus des accidents d'étranglement. En faisant une incision suivant l'axe de la tumeur, M. Anger découvrit un rétrécissement qui divisait la hernie en deux parties: dans la portion supérieure du sac l'intestin était rouge et congestionné; mais

en débridant le diaphragme qui séparait le renflement supérieur de l'inférieur, le chirurgien trouva qu'à ce niveau, qui correspondait à l'union de la tunique vaginale avec le conduit péritonéo-vaginal, l'intestin présentait une constriction qui avait déterminé la gangrène ; l'étranglement vrai siégeait donc à l'union de la cavité vaginale du testicule et du conduit péritonéal qui communiquait encore avec elle par un orifice étroit. PAUL BERGER.

VI. — Homme de 36 ans, ayant eu déjà à plusieurs reprises des accidents inflammatoires au niveau du testicule droit arrêté dans le canal inguinal (son frère est également atteint de cryptorchidie).

Le 17 avril, à la suite d'un violent effort, il est pris dans l'aine droite, de douleurs intenses qui vont croissant; vomissement muqueux, garde-robes régulières.

Dans le canal inguinal droit, testicule volumineux et extrêmement sensible à la palpation. A partir du lendemain, les douleurs irradient vers le nombril et il lui vient une constipation rebelle, mais l'apyrexie continue et il n'y a de nausées que pendant quelques heures le 18.

L'abdomen se développe de plus en plus sans offrir de sensibilité à la pression.

Chaque jour, sous l'influence d'une injection morphinée, il y a apaisement des douleurs.

Le 20 surviennent brusquement des vomissements profus, bientôt fécaloïdes.

Au diagnostic d'étranglement testiculaire, on ajoute celui de hernie et l'on procède à l'opération.

Incision de 8 centimètres sur le trajet du canal inguinal qui met à nu un testicule au moins triplé de volume et plongé dans un sac de tissu conjonctif auquel il adhère par places.

En dehors, en arrière et en haut, complètement recouverte par le testicule, et à son contact direct, se trouvait une anse intestinale noirâtre, molle, à peine de la grosseur d'une noix, ne contenant qu'un peu d'air et baignée par un liquide fétide, brunâtre. Ligatures au catgut des divers éléments du cordon qui sont dissociés et ablation du testicule.

Ouverture du canal inguinal jusqu'à l'anneau interne où siège l'étranglement. Sur une longueur d'un doigt, s'étendant jusqu'à l'orifice herniaire auquel elle adhère assez solidement, gangrène de l'anse qui, en arrière de l'orifice, offre encore un aspect suspect.

Etablissement d'un anus artificiel.

Lavage phéniqué; suture de l'angle supérieur de la plaie.

7 heures après l'opération le malade qui avait accusé un bien-être parfait, tombe dans un état soporeux mêlé d'agitation ; le pouls devient irrégulier, la respiration accélérée. Il y a un peu de toux avec douleurs. Puis la dyspnée s'accuse, la déglutition devient difficile, il survient du délire et le malade succombe 10 heures après l'opération.

Autopsie : Les deux poumons jusque dans les plus fines ramifications bronchiques sont pleins de matières fécales fluides, les lobes inférieurs sont gangrenés.

Péritonite générale au début.

Sur l'iléon, on voit une anse, longue de 3 pieds, imbibée de sang et adhérente à l'orifice herniaire.

Le passage des matières intestinales dans les poumons qui a été la cause principale de la mort s'est fait avant l'opération, car depuis lors il n'y a pas eu de vomissements.

VII. — Paysan de 60 ans, ayant depuis des années dans la région inguinale droite, une tumeur de la grosseur du poing, ovoïde, rentrant partiellement, indolore, mate à la percussion, non résistante, dirigée en bas et en dedans

comme une hernie inguinale externe, mais s'en distinguant en ce qu'au lieu de descendre dans le scrotum, elle descendait sur la symphyse, de sorte que son extrémité inférieure se trouvait sous la peau de la racine de la verge. En refoulant le scrotum, on trouvait le canal inguinal libre et le doigt sentait que la tumeur était située juste au-dessus du canal et parallèlement à lui.

Après quelques jours de constipation absolue, survinrent du météorisme, des nausées, des irritations et enfin des vomissements. Comme il était de toute probabilité que les symptômes d'obstruction intestinale ne pouvaient tenir à l'étranglement de cette épiplocèle, Busch différa son intervention jusqu'à ce que la fréquence des vomissements et l'état du pouls rendissent nécessaire une opération de herniotomie qui devait s'augmenter d'une laparotomie si derrière l'épiploon on ne trouvait pas d'anse intestinale étranglée.

La peau et le tissu conjonctif incisés, Busch aperçoit un sac complet qui s'était fait jour par un orifice ovale de l'épaisseur du grand oblique et ne renfermait que de l'épiploon non enflammé, mais adhérent.

L'anneau herniaire, loin d'étrangler l'épiploon, laissait facilement passer le doigt qui, après un trajet oblique dans l'épaisseur des parois abdominales, arrivait dans la cavité péritonéale où il se heurtait aussitôt contre une anse distincte qu'on reconnut bientôt appartenir au côlon.

Vu l'état de faiblesse du patient, il parut préférable à Busch, plutôt que de rechercher la cause de l'étranglement interne, d'établir un anus artificiel sur l'anse distendue qui se présentait. Après suture de la plaie pariétale au péritoine, il ouvrit l'intestin et le fixa aux parois et au sac.

Pendant les deux premiers jours, l'opéré eut des selles abondantes, mais dès lors se développa un phlegmon des parois droites de l'abdomen qui atteignit bientôt le dos et la cuisse. Une incision de 20 centimètres mit à nu du tissu conjonctif sphacélé. Le malade succomba le 8 jour de l'opération sans élévation de la température, mais avec une langue sèche et un pouls fréquent et irrégulier.

L'autopsie fit voir que l'anse intestinale ouverte était l'S iliaque qui, par suite d'une rotation sur son axe, était devenue imperméable et vait g agné le côté droit de l'abdomen.

Le canal du sac herniaire traversait les parois abdominales, parallèlement au canal inguinal; son orifice interne était un peu au-dessus de l'anneau inguinal interne, son orifice externe au-dessus de l'anneau inguinal externe. Le canal inguinal ne contenait que le cordon.

Il est difficile d'expliquer le mode de genèse de cette hernie, car il n'y a aucune ouverture normale en ce point. D'après la situation, on devrait l'envisager comme une hernie ventrale à direction insolite, oblique dans un canal tapissé de toute part par le péritoine invaginé.

VIII. — Krœnlein, dans sa monographie (*R. S. M.*, XVII, 653) signalait 24 cas de hernie propéritonéale, sans aucune guérison pour les cas opérés. On peut encore y ajouter le fait de Santesson publié en 1858.

Mais l'étude de Kroenlein a constitué un progrès si marqué dans le diagnostic et le traitement de ces hernies que, dès octobre de la même année 1880, Rossander, de Stockholm, publiait un succès opératoire dans une hernie cruro-propéritonéale. Puis, Trendelenburg, au X^e^ congrès des chirurgiens allemands (*Berl, k. Woch.*, 1881, n° 24, p. 347) annonçait un nouveau succès sans spécifier s'il s'agissait d'une hernie inguinale ou crurale.

En voici un 3^e^ dû à Bolling :

Jeune homme de 21 ans, ayant depuis l'enfance une hernie inguinale droite, qui ne l'a pas dispensé du service militaire. De temps en temps il était obligé de quitter son bandage à cause des douleurs qu'il provoquait. Très sou-

vent la hernie sortait, mais il avait toujours pu la rentrer. Le 15 juin, en faisant l'exercice, elle sortit de nouveau et un médecin la réduisit.

Jusqu'au 18, tout alla bien, il y eut même une garderobe. Mais le 19 apparurent des vomissements et de la constipation qui ne céda pas à de nombreux lavements.

Le 22, le malade avait en outre des vomissements fécaloïdes. La hernie était presque partout molle et indolore. Il n'y avait de sensibilité à la palpation qu'au-dessus du ligament de Poupart où, avec une résistance plus grande existait une légère saillie et de la matité. Le canal inguinal droit était proéminent et douloureux, l'anneau inguinal antérieur béant. Le scrotum ne renfermait que le testicule gauche.

S'appuyant sur les anamnestiques, sur le résultat peu satisfaisant du taxis, sur la marche chronique des phénomènes d'étranglement et sur l'examen du malade, Bolling posa le diagnostic de hernie propéritonéale.

Opération antiseptique. Incision du sac herniaire extérieur qui descendait jusqu'à mi-hauteur du scrotum et ne contenait qu'un peu de liquide clair. Ouverture du canal inguinal et extirpation du testicule droit qui se trouvait sur sa paroi postérieure.

Prolongement de l'incision le long des fibres de l'oblique externe jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Là, Bolling trouva un 2° sac ayant à peu près les dimensions de deux poings d'homme, contenant une grande quantité de liquide brunâtre et de nombreuses anses d'intestin grêle. L'hémorragie assez forte fut aussitôt arrêtée.

La découverte de l'orifice abdominal, situé en dedans et au-dessous de l'anneau inguinal postérieur, fut très laborieux. Les contours de cet orifice étaient durs, mais minces, et assez larges, de sorte qu'il suffit d'un petit débridement pour réduire les anses.

Suture au catgut de cet orifice, du canal inguinal et de la plaie extérieure ; drains.

La guérison s'effectua sans suppuration ni fièvre.

IX. — Couvreur, âgé de 47 ans, affecté de diarrhée chronique et de deux hernies inguinales qu'un bandage ne maintient pas du tout. Le 7 octobre, en travaillant, il est pris subitement de douleurs violentes dans le ventre. La nuit suivante, il a plusieurs vomissements bilieux. Il rapporte ces accidents à sa hernie gauche. Mais l'examen ne montre pas que l'une ou l'autre des hernies qui sont petites soit étranglée. Immédiatement au-dessus du ligament de Poupart gauche, il existe toutefois un point où la pression est douloureuse sans rien de visible.

Le 9, c'est-à-dire 48 heures après le début des accidents, le malade rend pour la première fois des vents et des matières par le rectum. La nuit suivante, il a de la diarrhée. Le 16, il veut reprendre son travail, mais il est immédiatement repris de douleurs et de vomissements comme la première fois. L'examen du ventre ne révèle rien de nouveau.

Les jours suivants, la constipation reste absolue, les vomissements sont fréquents, d'abord bilieux, puis fécaloïdes.

Le 25, on sent profondément, dans la région inguinale gauche, une tumeur allongée, dure, peu douloureuse et de la grosseur d'un œuf.

Le 27, l'opération devient d'indication vitale. Elle est faite avec toutes les précautions antiseptiques.

Incision de la paroi abdominale sur une longueur de 8 centimètres, au-dessus du ligament de Poupart gauche et parallèlement à lui. Entre les lèvres de l'incision faite à l'aponévrose de l'oblique externe, apparaît une tumeur bleuâtre, globuleuse, bientôt reconnue pour un sac herniaire dont la ponction donne issue à un liquide rosé.

Bruggisser fend ce sac dans toute sa longueur et y trouve une anse d'intestin grêle encore saine.

L'orifice herniaire abdominal était tellement étroit qu'il fallut plusieurs débridements pour réduire l'intestin.

Résection d'une grande partie du sac; cinq fils de catgut sont placés sur le péritoine. Suture de la peau avec des fils de soie. Drainage et pansement de Lister.

Les suites de l'opération furent des plus bénignes. Apyrexie complète. Dès le lendemain, émission de gaz et de matières par l'anus. Réunion par première intention. Le 5e jour, ablation du drain. Le 8e, enlèvement des fils de soie. J. B.

X. — Femme de 65 ans, entrée mourante à l'hôpital. Les principales lésions constatées à son autopsie sont une insuffisance aortique, un catarrhe bronchique avec emphysème, un cancer de la petite courbure à l'estomac avec métastases péritonéales, enfin la hernie rétropéritonéale intersigmoïde, qui fait l'objet de la note.

En soulevant le grand épiploon, qui présente des noyaux cancéreux, on ne voit qu'une masse grosse comme une tête d'adulte à travers laquelle apparaissent par transparence les anses intestinales. Le côlon descendant et l'S iliaque adhèrent à cette masse, formée extérieurement d'un sac membraneux qui n'est autre que la séreuse vascularisée. Ce sac, placé à gauche, à la hauteur de l'S iliaque, renferme tout l'intestin grêle, à l'exception du tiers supérieur de duodénum et des derniers centimètres de l'iléon. Entouré par le gros intestin, la poche membraneuse s'ouvre en bas et en arrière, sur le côté gauche des dernières vertèbres lombaires, par un orifice ovale à bords arrondis, épais, fibreux, nacrés; cet orifice mesure 8 centimètres dans son plus grand diamètre.

A sa face interne, la poche est lisse et formée par un prolongement du péritoine.

En définitive, le sac membraneux dépend du cul-de-sac péritonéal qui se trouve entre les deux feuillets du mésocolon iliaque et reçoit ses vaisseaux artériels de la colique inférieure. Il suffit de soulever la tumeur pour que quelques anses s'en échappent. Les intestins herniés ne sont pas injectés et ne renferment pas de matières. J. B.

**I. — De la hernie obturatrice, par PIMBLET** (*Thèse, Paris*, 1882).

**II. — Ein Fall von Hernia Foraminis ovalis incarcerata (Cas de hernie obturatrice étranglée), par POLCHEN** (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, XVIII*, 1 *et* 2).

**III. — Ein Fall von Hernia obturatoria incarcerata ; Operation, Heilung (Hernie obturatrice étranglée, opération, guérison), par HASSELWANDER** (*Aerztliches Intelligenzblatt, n°* 12, 1883).

**IV. — Ueber einen glücklich operirten Fall von Hernia obturatoria incarcerata (Hernie obturatrice étranglée, opérée et guérie), par SCHMIDT** (*Deutsche med. Wochenschr., n°* 49, 1882).

**V. — Pincement latéral de l'intestin dans une hernie crurale étranglée, persistance du cours des matières, par Paul BERGER** (*Semaine médicale*, 11 *octobre* 1883).

**VI. — Series of hernial cases, par Rushton PARKER** (*Med. Times and Gazette, I, p.* 118, 173, 226, 380, 524, 555, 581 ; 1882).

I. — De 73 cas de hernie obturatrice, 65 ont été observés chez des femmes et 8 seulement chez l'homme. On ne peut rapporter exclusive-

ment cette prédisposition aux modifications apportées à l'anatomie du bassin par la grossesse; on a en effet observé cette sorte de hernie chez des femmes qui n'avaient jamais eu d'enfants. On n'en a point d'exemples chez les enfants. Elle peut procéder d'un lipome sous-péritonéal; parfois une ascite a paru favoriser son développement. Elle affecte indifféremment les deux côtés.

L'étranglement se fait au niveau du canal sous-pubien; l'auteur croit que la tension des muscles et des aponévroses peut y jouer un certain rôle ; — le sac est parfois le siège de lésions inflammatoires.

Le diagnostic est difficile surtout quand il n'y a pas de tumeur appréciable ; les commémoratifs de constipation habituelle, de douleur au niveau de la région des adducteurs, ont une certaine importance. Cette douleur qui, dans l'étranglement, s'irradie dans tout le plexus lombaire, parfois est accrue par l'abduction du membre inférieur. On doit toujours pratiquer le toucher rectal et le toucher vaginal, et, malgré ces moyens, la distinction de cette hernie d'avec la hernie crurale est parfois impossible.

Le pronostic est mauvais, en raison de l'impossibilité d'une contention efficace par des bandages ; en cas d'étranglement, par l'époque tardive où se fait le diagnostic.

Le taxis doit être fait dans l'inversion du corps, au moyen de pressions simultanées exercées à la région des adducteurs et par le vagin. Dans l'opération, si le cas est douteux, on doit d'abord aller rechercher l'anneau crural, puis passer entre le pectiné et le 1er adducteur ; il faut toujours ouvrir le sac pour s'assurer de l'état de l'intestin, et débrider, par en bas, les vaisseaux obturateurs siégeant, sur 18 cas, 11 fois en dehors, 6 fois en dedans, 6 fois seulement au-dessous de la hernie.

La thèse renferme un assez grand nombre d'observations. P. B.

II. — Ce cas a été observé à la Charité de Berlin. Il s'agissait d'une femme morte avec des accidents d'étranglement; quoiqu'il y eut une douleur caractéristique sur le trajet du nerf obturateur, aucune tumeur ne put être sentie au lieu d'élection de cette variété de hernie. On crut à un iléus et ce ne fut qu'à l'autopsie que l'on découvrit une hernie du trou sous-pubien gangrénée.

P. B.

III. — B. Schmidt indique 25 cas où le diagnostic de hernie obturatrice a pu être fait : 17 furent suivis d'opération, 8 traités par le taxis : il n'y eut en tout que 5 guérisons. Voici un nouvel exemple de cette terminaison heureuse.

Une femme de 65 ans présente depuis 3 jours des accidents d'étranglement. Douleur, engourdissement de la jambe gauche ; à un examen superficiel pas de tumeur appréciable, mais le triangle de Scarpa est comme bombé, plus résistant, sensible à la pression, et dans la fosse iliopectinée une recherche minutieuse fait reconnaître une tumeur dure. On crut à une hernie crurale et on réduisit par le taxis ; il y eut un soulagement temporaire, mais le lendemain la tumeur s'était reproduite. Elle fut encore réduite, mais on put alors sentir une tumeur manifeste dans la région de la fosse ovale gauche. C'était bien une hernie obturatrice ainsi que le démontra l'opération ; une incision faite sur le bord externe du grand adducteur permit après écartement des fibres du pectiné, d'arriver sur un sac qui fut ouvert et qui ne renfermait pas de liquide. L'intestin fut réduit et la guérison suivit.

L'auteur insiste sur la coexistence fréquente de la hernie crurale et de

la hernie obturatrice. Dans cette dernière, les douleurs irradiées sur le membre inférieur, présentent quelque chose de caractéristique.

P. B.

IV. — Une femme de 77 ans fait un violent effort en allant à la selle pendant la nuit du 3 juin; elle éprouve des nausées et vomit. L'auteur est appelé le 4 juin, trouve le ventre sensible et ne constate rien d'anormal au niveau des anneaux ; il remarque seulement que le membre inférieur droit est devenu douloureux, raide, et insensible. Il prescrit une faible dose de morphine, des applications froides sur le ventre et le régime lacté.

Le lendemain même état de l'abdomen.

Le 6 juin, vomissements bilieux; constipation depuis le moment de l'accident; pas de gonflement du ventre. L'auteur explore encore une fois les anneaux et n'y découvre pas de hernie; mais les symptômes observés au membre inférieur droit, la névralgie siégeant à la face interne de la cuisse et s'arrêtant au genou persistent ; ces signes sont dans le domaine du nerf obturateur ; il existe de plus au-dessous du ligament de Poupart un espace circonscrit où la pression provoque une vive douleur (entre les vaisseaux cruraux et la symphyse pubienne). Bien que le triangle de Scarpa présente sa dépression normale et que l'extrême maigreur de la patiente permette de se convaincre qu'il n'existe aucun soulèvement des parties profondes, l'auteur diagnostique une hernie obturatrice étranglée et pratique l'opération.

Il fait, à un travers de doigt et demi des vaisseaux cruraux, une incision longitudinale ayant 10 centimètres d'étendue, il écarte la veine saphène interne, coupe le fascia lata dont il écarte les bords à l'aide de crochets mousses puis introduit l'index dans la masse des adducteurs. Il pénètre ainsi dans l'interstice du pectiné et du long adducteur, fait écarter ces muscles et reconnaît alors le nerf obturateur au bord de la plaie. En haut il trouve le sac herniaire gros comme un œuf de pigeon, qu'il met à nu en coupant perpendiculairement une partie du muscle pectiné, et incise ce sac. L'intestin est lisse, sans odeur, Le chirurgien fait un débridement à l'anneau à l'angle supéro-externe et un autre à l'angle interne en bas. Ligature du collet du sac et excision, drainage, suture de la plaie et pansement à l'ouate salicylée. L'opération a duré une heure.

Au bout d'une heure, selles copieuses, infectes. Le quatrième jour, en enlevant le pansement, l'auteur trouve une grande quantité de pus fétide ; le bord interne de la plaie est œdématié, il existe une réunion partielle. Lavage de la plaie avec l'acide salicylique pur et la solution de sublimé à 1/1000.

Dans les premiers jours la suppuration continue. Le 17 juin, une eschare épaisse de quelques millimètres, se détache des bords et du fond de la plaie. Lavages à l'acide phénique. Le 30 juillet la malade se lève, sa plaie n'a plus que la dimension d'une pièce de 50 centimes. Elle a eu pendant la cure une fièvre modérée ne dépassant pas 38° 6 le soir.

La même opération a été pratiquée un certain nombre de fois, mais l'auteur a trouvé la relation de cinq succès seulement; ce cas est donc le sixième. Il est important de remarquer la très grande utilité pour le diagnostic de la hernie de ce qu'on appelle en Allemagne le signe de Romberg, la névralgie obturatrice.

L. GALLIARD.

V. — Une femme de 75 ans est atteinte depuis quatre jours d'un étranglement dans une petite hernie crurale habituellement bien contenue par un bandage. Une réduction partielle a suivi une tentative de taxis faite le premier jour; depuis lors ont eu lieu plusieurs gardes-robes, et des gaz en assez grande quantité ont journellement été rendus par l'anus. Se fondant, néanmoins, sur la persistance de la tumeur qui est douloureuse et sonore, sur le ballonnement du ventre, l'inappétence absolue, la sécheresse de la langue et l'aggravation

graduelle de l'état général, Berger pense qu'il s'agit d'un étranglement par pincement latéral et opère. Il trouve dans le sac une petite portion d'intestin vide de gaz et de matières, gangrénée et adhérente à l'enveloppe séreuse de la hernie. On la fixe au dehors par une suture soignée, mais malgré une amélioration passagère, une pneumonie se déclare et la malade succombe sept jours après l'opération. A l'autopsie on trouve en effet un pincement latéral tel que l'étranglement ne portait que sur une partie de la circonférence intestinale, et que les gaz et les matières pouvaient passer du bout supérieur dans le bout inférieur sans traverser la portion d'intestin comprise dans l'étranglement. Il n'y avait pas trace de péritonite des adhérences solides unissaient l'anse malade à la paroi abdominale; les deux poumons étaient le siège d'une hépatisation grise.

Cette observation est intéressante en raison de la rareté des exemples authentiques de pincement latéral de l'intestin. Elle montre que, dans ces cas, il ne faut compter ni sur l'arrêt des matières ni sur l'absence de vents rendus par l'anus, mais uniquement sur la gravité de la réaction générale pour écarter l'idée d'une épiploïte enflammée et reconnaître l'étranglement intestinal. L'autopsie démontre une fois de plus, qu'en l'absence de péritonite, la mort peut survenir, à la suite de l'étranglement herniaire et du débridement, par le fait de complications pulmonaires bien mises en lumière il y a quelques années par M. Verneuil. A. C.

VI. — 1° Hernie inguinale étranglée. Opération. Fistule stercorale au dix-huitième jour. Guérison finale spontanée.

2° Une femme de 38 ans est opérée le 14 juin 1879 d'une hernie ombilicale douloureuse et irréductible depuis trois semaines. Au moment de l'opération, la malade vomit depuis deux jours et a eu le matin même des vomissements fécaloïdes. Le sac adhère intimement aux téguments; la hernie est formée en grande partie d'épiploon, au milieu duquel on trouve une anse d'intestin grêle fortement congestionnée et qu'on ne réduit qu'avec peine. Le cours des matières se rétablit; il n'y eut pas de péritonite, mais la plaie, malgré le pansement antiseptique, suppura et finalement une fistule stercorale s'établit.

Un an après, le 11 juin 1880, on procède à une nouvelle opération. Une incision faite couche par couche amène sur l'intestin; on reconnaît l'orifice fistuleux intestinal, on le détache de ses adhérences : on accolle ses bords en les renversant et faisant une suture au catgut. Des fils en crins de Florence furent appliqués sur le collet du sac, quant aux téguments, on appliqua la suture ordinaire. Pendant plus d'un mois persista une fistulette superficielle qui ne se cicatrisa qu'après l'issue d'un des fils en boyau de vers à soie. Ce fut le seul retard à la guérison qui finalement fut complète.

3° Hernie inguinale réduite par le taxis. Persistance des symptômes d'obstruction intestinale. Le lit du malade est disposé de telle sorte que les pieds soient plus élevés que la tête. On donne de l'opium à dose fractionnée. L'état général est bon, mais le tympanisme abdominal augmente. Le sixième jour, on pratique trois ponctions de l'intestin. Une certaine quantité de gaz s'échappe et le malade est sensiblement soulagé. Mêmes ponctions le lendemain, suivies cette fois d'une abondante évacuation intestinale et guérison absolue. Toutefois, sous l'influence des ponctions qui versèrent sans doute un peu de matières fécales dans l'épaisseur des parois abdominales, il y eut un large phlegmon de ces parois.

4° Au mois de juillet 1874, une femme de 72 ans est opérée avec succès d'une hernie crurale droite. Deux ans après environ, elle a dans la région herniaire un abcès. Quelque temps après, une nouvelle hernie se montre, un peu plus haut que la première. En novembre 1876, cette seconde hernie, qui est fran-

chement inguinale, s'étrangle et nécessite l'opération. On constate que le nouveau sac communique avec l'ancien et l'on peut indifféremment conduire le doigt jusque dans la cavité de l'orifice inguinal ou par l'anneau crural. L'opérée mourut quatre ans plus tard d'une toute autre affection.

5° Hernie scrotale chez un jeune homme de 16 ans. Phénomènes d'étranglement. Opération : il s'agit d'une épiplocèle enflammée sans étranglement véritable; on résèque après suture au catgut et l'on réduit. Les symptômes d'obstruction persistent pendant quatre jours et ne cèdent que peu à peu. Vingt-huit jours après, on constatait la cure radicale de la hernie.

6° Toutes ces observations ont trait à des opérations pratiquées en dehors de tout étranglement, sauf un cas, pour obtenir la cure radicale.

Dans les deux premières, le sac fut disséqué, suturé, puis réduit : malgré les précautions antiseptiques les plus minutieuses il se développa, dans l'un et l'autre cas, un abcès de la fosse iliaque. Un des opérés paraissait entièrement guéri six mois après, mais chez le second on constatait une récidive de la hernie au bout de dix-huit mois.

Chez tous les autres on procéda de la façon suivante : le sac étant ouvert, on le dissèque avec soin et l'on porte à sa base, aussi haut que possible, une ligature au catgut que l'on serre fortement, puis l'on résèque toute la partie disséquée. S'il existe un épiplocèle irréductible, on n'a pas à s'en préoccuper, on comprend tout dans la même ligature au niveau du collet. Il est de toute nécessité que la ligature porte sur le collet du sac : dans la hernie inguinale on devra donc diviser le canal pour atteindre l'orifice profond. Des 6 hernies opérées par cette méthode, 3 étaient inguinales, 2 crurales et 1 ombilicale. Les malades furent revus au bout de 6 à 9 mois : 5 restaient parfaitement guéris bien qu'ils ne portassent aucun bandage. Le 6 présentait au bout de 9 mois une récidive; c'était un hernieux inguinal chez lequel on n'avait pas atteint l'orifice du sac.

7° Homme de 60 ans. Hernie scrotale volumineuse et ancienne étranglée depuis cinq jours pendant lesquels on a administré une série de purgatifs. Etat général très mauvais. Le sac, d'aspect gangréné, est rempli d'un mélange de sang fétide et de matières fécales, une masse épiploïque est sphacélée, l'intestin est gangréné. On attire l'épiploon et on le résèque après l'avoir lié au-dessus de la striction. On résèque 18 centimètres d'intestin et l'on fait la suture de Gély. On lie le sac en masse à son collet qui paraît sain. On dessèche toute la poche herniaire avec le chlorure de zinc. Pendant 24 heures on put espérer la guérison, mais les accidents généraux reparurent et le malade succombait 36 heures après l'opération. Il était allé à la selle et n'avait pas vomi. Autopsie; pas de péritonite, exsudat fibrineux faisant adhérer les deux bouts d'intestin suturé et fermant l'orifice du sac, mais sur l'intestin au voisinage de la section quelques plaques de sphacèle. C'est le liquide provenant de ces plaques, résorbé par le péritoine et l'intestin, qui a entretenu les phénomènes septicémiques et entraîné la mort.

8° Hernie inguinale ancienne; symptômes d'obstruction intestinale, mais ni douleur, ni tension au niveau de la hernie que l'on diagnostique épiplocèle. Opération, une anse d'intestin étranglé occupe le sac. Réduction, opération de cure radicale. Guérison complète. V. CAMPENON.

**I. — Ueber die Resultate der Herniotomie seit Einführung der antiseptischen Operationsweise (Résultats de la kélotomie depuis l'emploi des antiseptiques), par Benno SCHMIDT** (*Verhandl. d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, XII^e Congress*, 1883).

**II. — Hernies étranglées traitées par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, par FLEURY** (*Gaz. des hôpitaux*, 26 *avril* 1883).

**III. — Hernies irréductibles étranglées, traitées par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, par DUPONT** (*Ibid.*, 10 *mai* 1883).

**IV. — Hernies étranglées traitées par les injections de morphine, par PUJOS** (*Ibid.*, 7 *juin* 1883).

**V. — Du taxis progressif et prolongé dans le traitement des hernies, par SONRIER** (*Ibid.*, 22 *mai* 1883).

**VI. — Hernie crurale; taxis progressif et prolongé suivi de succès, par PARIS** (*Ibid.*, 2 *juin* 1883).

**VII. — Ein Beitrag zur nicht operativen Behandlung eingeklemmter Hernien (Traitement des hernies étranglées sans opération), par W. FINKELNSTEIN** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, *n°* 30, *p.* 460, 24 *juillet* 1882).

**VIII. — Zwei Fälle von Reposition incarcerirter Hernien (Réduction de deux hernies par les affusions d'éther), par N. KRASOWSKI** (*Wratsch*, *n°* 29, 1883).

**IX. — Incarcerirte Hernie, geheilt durch Faradisation bei erhobenem Becken (Étranglement levé par la faradisation), par KOLTSCHEWSKI** (*Wratsch*, *n°* 24, 1883).

**X et XI. — Zur Therapie inkarcerirter Hernien, par WOLOSCHKEWITSCH** (*Wratsch*, *n°* 24, 1883), **et par J. LEW** (*Ibid.*, *n°* 29).

I. — L'auteur voulant savoir dans quelle mesure le pansement de Lister a amélioré les résultats de la herniotomie a fait recueillir toutes les opérations de ce genre qui ont été pratiquées de 1877 à 1881 dans un grand nombre de cliniques et d'hôpitaux (Leipzig) Halle, Göttingue, Kiel, Rostock, Stettin, Berlin). Il a rassemblé de la sorte 363 herniotomies, dont 308 pratiquées pour des hernies étranglées et 55 pour des hernies réductibles.

Alors qu'avant Lister la mortalité de ces opérations s'élevait à 45,8 0/0 pour les hernies étranglées, elle n'est plus que de 36,6 actuellement (113 morts sur 308); le bénéfice est donc de 9,2 0/0. Mais un certain nombre de morts ne sont pas dépendantes de la plaie ou de la péritonite, elles résultent de complications ou de maladies intercurrentes. Abstraction faite de ces cas mortels, le chiffre de la mortalité tombe à 30,9 0/0.

La plupart des cas de mort résulte non d'une péritonite par perforation, mais d'une péritonite septique, ce qui s'explique parce que l'intestin étranglé est perméable et que, quelques heures après le début de l'étranglement, les tissus voisins sont déjà infectés. Les opérations de hernie étranglée ne peuvent donc être aseptiques. Ce qui le prouve c'est que, sur 16 cas d'incision simple du sac dans la statistique de Schmidt, il y a 4 morts par péritonite septique.

Les autres cas peuvent se ranger sous 4 catégories :

1° Les herniotomies avec réduction du contenu ; mortalité 27, 4 0/0.

2° Les herniotomies avec résection de l'épiploon et réduction du contenu ; mortalité 22, 2 0/0.

3° Les herniotomies avec résection de l'intestin et réduction de l'intestin suturé ; mortalité 76, 1 0/0.

4° Les herniotomies avec établissement d'un anus contre nature ; mortalité 80, 5 0/0.

La péritonite septique entre pour 50 0/0 dans le chiffre des morts de la première catégorie ; pour 66, 6 0/0 dans celui de la seconde ; 87, 5 0/0 dans celui de la troisième et 50 0/0 dans celui de la quatrième.

Il faut remarquer que la mortalité des cas de la première catégorie se serait élevée depuis Lister ; Frickhöfer en effet n'indique à cette époque que 21 0/0. Ce résultat est sans doute attribuable à des revers inavoués de la résection et de la suture de l'intestin.

Dans les autres catégories, on s'aperçoit que la péritonite septique prend une importance d'autant plus grande que l'intervention opératoire a été plus active.

Sur 55 cures radicales pour des hernies non étranglées, il y a eu 11 morts, dont la moitié par péritonite septique.

En conséquence, B. Schmidt conclut que :

1° Les résultats de l'opération de la hernie étranglée n'ont subi que l'amélioration des opérations auxquelles la méthode antiseptique n'est pas applicable, parce que la kélotomie se fait toujours dans des tissus infectés.

2° Mais ils s'améliorent lorsqu'on se borne à l'exécution du nécessaire et lorsqu'on s'abstient de toute intervention pouvant immédiatement compromettre la vie, c'est-à-dire :

*a*) Dans les cas où il suffit de réduire le contenu de la hernie, lorsqu'on ne pose pas en règle générale l'essai de la cure radicale :

*b*) Dans les cas où l'épiploon est irréductible, lorsqu'on se borne à réduire l'intestin sans faire la résection de l'épiploon ;

*c*) Dans les cas où l'intestin est gangréné, lorsqu'on applique la résection et la suture intestinales non seulement aux *cas désespérés,* mais à *tous les cas* sans exception.

3° La cure radicale des hernies réductibles ne doit être entreprise que lorsque le malade l'exige.

*Gussenbauer* combat ces conclusions à l'aide d'une statistique personnelle de 140 à 160 cas ; il croit la péritonite exceptionnelle dans les opérations bien faites et révoque en doute la valeur des chiffres de Schmidt.

DE SANTI.

II. — *Obs.* 1. — G..., 48 ans, porteur d'une hernie inguinale depuis 20 ans ; à plusieurs reprises engouement ou légère inflammation. Le 11 mars, étranglement caractérisé par les signes ordinaires ; le siège de la tumeur au-dessus de l'arcade fait diagnostiquer une hernie abdominale. Dans la journée qui suit l'étranglement on fait une injection hypodermique de 3 centigrammes de morphine en deux fois, une séance de taxis ; une injection de chloroforme et des onctions belladonées. Peu d'amélioration.

Le lendemain, deux injections de morphine de 1 centigramme. Mêmes onctions. Disparition des douleurs. Signes de gangrène de l'anse intestinale et mort.

*Obs.* 2.— B..., 68 ans, atteint de hernie crurale depuis 6 ans. Le 15 mars, phénomènes d'inflammation avec irréductibilité, plutôt que d'étranglement. Deux séances de taxis sans résultat. Le 17 et le 18 mars, injection hypodermique de 4 centigrammes de morphine en deux heures, taxis de cinq minutes et réduction.

Dans le premier de ces cas qui était un étranglement, nous remarquons que le seul effet de la morphine a été de calmer les douleurs ; et dans le second, pour lequel l'étranglement est douteux, bien qu'elle ait agi en

produisant l'anesthésie, peut-être n'était-elle pas nécessaire pour la guérison.

III. — Mme M..., 43 ans, atteinte de hernie inguinale depuis six ans. Étranglement depuis trente heures. Trois séances de taxis de 5 à 10 minutes sans résultat. Injection hypodermique de 15 centigrammes de morphine en 2 fois. Réduction facile.

IV. — L..., 19 ans, atteint depuis 8 heures d'une hernie inguinale étranglée. Trois vigoureuses tentatives de taxis de vingt minutes chacune dans l'espace de 7 à 8 heures restent infructueuses. Injection hypodermique de 4 centigrammes de morphine en 2 fois. Onctions belladonées. Réduction spontanée durant le sommeil.

V. — Dans une vingtaine de cas de hernies engouées ou étranglées, l'auteur a employé le taxis progressif et prolongé avec succès; il en relate six cas que nous résumons :

— G..., 58 ans. Hernie inguinale depuis 15 ans. Entéro-épiplocèle sortie plus volumineuse depuis 12 heures. Réduction difficile en 35 minutes.

— M..., 75 ans. Hernie inguinale depuis 17 ans. Sortie de l'intestin depuis 6 heures. Réduction après 30 minutes de taxis.

— G..., 62 ans. Hernie inguinale. Récidive. Etranglement depnis 18 heures. Taxis de 50 minutes. Réduction.

— S..., 50 ans. Hernie inguinale. Sortie depuis 8 heures. Taxis de 30 minutes. Réduction.

— H..., 35 ans. Hernie inguinale. Sortie depuis 17 heures. Taxis de 1 heure 20 minutes. Réduction. Douleurs abdominales. Selles sanguinolentes. Guérison.

— S..., 51 ans. Hernie inguinale. Récidive. Taxis de 1 heure 5 minutes. Réduction.

L'auteur ne semble pas craindre les différents accidents qu'on a parfois notés après des taxis prolongés, et jamais il n'en aurait été témoin à la suite de manipulations qu'il a pratiquées sur ses hernieux. Aussi se déclare-t-il partisan du taxis progressif au moins pendant une heure, et même plus, si cela est nécessaire, avec l'aide du chloroforme et de la morphine. Il est juste de mentionner que des six observations qu'il publie, une seule peut être regardée comme un véritable étranglement.

VI. — S..., vieille hernie crurale. Tumeur plus volumineuse, irréductible le 9 mai. Quelques signes d'étranglements. Plusieurs taxis infructueux de 10 minutes le 10 et le 11 mai. Ce même jour, dans la soirée, taxis de trente-cinq minutes. Réduction.

L'auteur ne dit pas quel était l'état de la malade les jours suivants.

OZENNE.

VII. — Les paysans moldaves préfèrent mourir plutôt que de se laisser opérer d'une hernie étranglée; ils veulent seulement des topiques calmants. C'est dans une circonstance semblable que l'auteur a été amené par hasard à reconnaître l'efficacité d'un médicament employé depuis longtemps, mais d'une autre façon, l'éther vaporisé localement.

Quand le taxis se montre impuissant, et sans trop le prolonger depuis que les effets de l'éther lui sont connus, Finkelnstein fait placer le malade dans le décubitus dorsal, les jambes relevées, ainsi que le scrotum, en cas d'oschéocèle. Dans l'espace d'un quart d'heure, il verse sur la hernie, non goutte à goutte, comme on le fait pour l'anesthésie locale, la valeur de 3 à 4 cuillerées d'éther, puis il recouvre d'une serviette ployée en plusieurs doubles. L'anse herniée devient mobile et se réduit généra-

lement d'elle-même ; sinon il suffit de quelques manipulations insignifiantes.

En 11 ans de pratique, l'auteur a eu à soigner 63 cas de hernie étranglée. Il en a réduit 5 par le taxis et pour les 58 autres a dû recourir à l'éthérisation locale qui 54 fois a amené la réduction.

Aucune de ces hernies n'était une épiplocèle pure, car alors l'éther se montrerait impuissant.

Finkelnstein s'explique l'action topique de l'éther par sa double propriété d'antispasmodique et de réfrigérant (condensation des gaz et excitation des mouvements péristaltiques). J. B.

VIII. — Dans le premier cas, l'étranglement datait de 15 heures. Après que l'on eut pratiqué en vain le taxis sans chloroforme, on versa 3 onces d'éther sur la tumeur, et la réduction put se faire aussitôt sans difficulté.

Dans le second, l'étranglement datait de 13 jours ; depuis 3 jours, efforts infructueux de taxis ; les phénomènes d'étranglement augmentent, la tumeur est très douloureuse. 3 onces d'éther affusées sur la tumeur n'amènent aucun résultat ; 2 onces encore sont ajoutés et le taxis réussit.

La première de ces observations est un exemple de réduction par réfrigération à une époque où l'on réduit toujours les hernies inguinales par le taxis bien fait avec chloroforme. Dans le second cas, il ne s'agissait certainement pas d'un étranglement. Que dire de ce médecin qui prétend avoir obtenu la réduction d'une hernie par l'action des réfrigérants, alors que cette hernie aurait été étranglée depuis 13 jours et soumise 3 jours entiers aux violences du taxis !

IX. — Etranglement datant de 8 heures ; les bains et le taxis étaient restés sans effets. Après un quart d'heure de faradisation, la tumeur rentre.

X. — Etranglement d'une hernie inguinale remontant à 10 heures. Les bains, le taxis, l'arrosement avec l'éther sont restés sans résultats. En 5 minutes de faradisation, on voit la tumeur diminuer puis disparaître.

XI. — Etranglement remontant à 14 heures sur une hernie ancienne. Après avoir épuisé tous les moyens de réduction, on applique la faradisation mixte, un électrode placé sur la tumeur, et l'autre sur l'anneau herniaire. Réduction par un léger taxis au bout de 10 minutes.

Ces exemples prouvent que la faradisation peut donner quelque réussite dans la réduction d'étranglement, peut-être assez serrés ; mais, dans tous les cas, récents et à une époque et dans des conditions où l'on est à peu près sûr de réussir d'emblée par le taxis avec chloroforme. P. B.

**I. — De la résection circulaire et de la suture de l'intestin dans la cure des hernies étranglées gangrenées et de l'anus contre nature, par BOUILLY et ASSAKY** (*Revue de chirurgie, p.* 362 *et* 540, 1883).

**II. — De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées compliquées d'adhérences ou de gangrène, entérectomie et entérorraphie, par J. BARETTE** (*Thèse, Paris,* 1883).

**III. — Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales, par POLOSSON** (*Thèse d'agrégation, Paris,* 1883).

**IV. — Zur Behandlung des wiedernatürlichen Afters (Traitement de l'anus contre nature), par E. von BERGMANN** (*Deutsche med. Wochenschr., n°* 1, 1883).

**V. — Traitement de l'anus contre nature par KOERTE** (*Société de médecine de Berlin,* 7 *novembre* 1883 ; *Semaine médicale,* 15 *novembre* 1883).

**VI. — Zur Frage der Behandlung des wiedernatürlichen Afters (Traitement de l'anus contre nature), par HEIMAN** (*Deutsche med. Wochenschr.*, *n°* 7, 1883).

**VII. — Hernio-laparotomie, résection de 18 centimètres d'intestin, guérison, par JULLIARD** (*Revue médicale de la Suisse romande, I*, 357, *juin* 1881).

**VIII. — Ein Fall von Darmresection mit glücklichem Ausgang, par P. ROGGENBAU** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, *p.* 417, 18 *juillet* 1881).

**IX. — Ueber circuläre Darmresection mit nachfolgender Darmnaht (Résection circulaire de l'intestin, entérorraphie), par RYDYGIER** (*Ibid.*, *p.* 593, 619 *et* 632; 16, 17 *et* 24 *octobre* 1881).

**X. — Ein interessanter Fall von zweimaliger Darmresection, Heilung; nebst einiger Bemerkungen zur Operations technik bei Darmresectionen (Deux résections successives de l'intestin sur le même sujet, guérison; réflexions sur le manuel opératoire), par RYDYGIER** (*Ibid.*, *p.* 577, 18 *septembre* 1882).

**XI. — Traitement de l'anus contre nature, par HAHN, von BERGMANN, ISRAEL LANGENBUCH, KŒRTE, BARDELEBEN** (*Ibid.*, *p.* 214 *et* 229; 2 *et* 9 *avril* 1883).

**XII. — Zwei Fälle von Darmfistel durch Bauchschnitt und Darmnaht geheilt (Guérison de deux cas de fistule stercorale par entérectomie et entérorraphie), par MENSEL** (*Deutsche med. Wochenschr.*, *n°* 7, 1883).

**XIII. — Beitrag zur Frage der Indication der circulären Darmresection und Darmnaht (Indications de l'entérectomie circulaire et de l'entérorraphie), par A. MAURER** (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, *XVIII*, 3 *et* 4, 1883).

**XIV. — Resezione di 21 centimetro d'intestino ed enterorrafia, par T. PRATI** (*Annali univ. di med. e chir.*, *juin* 1883; *Centralbl. f. Chir.*, *p.* 600, 1883).

**XV. — Hernie crurale étranglée; perforation et suture de l'intestin; guérison, par L.-G. RICHELOT** (*Union médicale*, *p.* 613, 1883).

**XVI. — Zwei komplicirte Herniotomien, par Th. LINDENBAUM** (*Wratsch*, *n°s* 24 *et* 25, 1883).

**XVII. — Die Behandlung der Kothfisteln entzündlichen Ursprungs (Traitement des fistules pyo-stercorales), par B. RIEDEL** (*Centralblatt für Chirurgie*, *n°* 14, *p.* 209, 1883).

**XVIII. — De l'anus contre nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utérines, par L.-H. PETIT** (*Ann. de gynécologie*, 1882-1883).

I. — Cette revue critique pourrait être bien plutôt considérée comme une monographie en raison de son étendue et de l'empreinte personnelle que lui ont donnée ses auteurs. L'entérectomie et l'entérorraphie circulaires y sont étudiées :

1° *Dans les hernies gangrenées.* — « On peut résumer en deux mots les traits fondamentaux de l'opération : une partie de la circonférence intestinale, le plus souvent, la totalité d'une anse se trouve gangrenée dans un étranglement. Le chirurgien, après débridement de l'agent constricteur, attire l'intestin au dehors, dissèque toute la partie mortifiée, et rétablit ensuite la continuité du canal intestinal par la suture. L'intestin recousu est, ou non, réduit dans le ventre; telle est l'opération dans son essence ». Les auteurs donnent 36 observations résumées où cette conduite a été tenue par des chirurgiens divers; parmi celles-ci se

trouvent deux cas, non encore publiés, et qui appartiennent à la pratique de M. Bouilly : Le deuxième surtout est intéressant, en ce que l'autopsie démontra que la suture de Lembert avait déterminé la formation d'une valvule qui, rétrécissant l'intestin coudé d'ailleurs en ce point, avait amené une véritable occlusion intestinale.

Sur ces 36 cas, il s'agissait 21 fois de hernies crurales, 11 fois de hernies inguinales, 1 fois de hernie ombilicale. L'opération fut faite 19 fois chez des hommes, 5 fois sur des femmes : Dans le reste des cas, le siège de l'opération et le sexe du sujet ne sont pas mentionnés. — Voici le résultat statistique de ces opérations :

| | | |
|---|---|---|
| Opérations | | 36 |
| Guérisons complètes d'emblée | 9 | 16 guérisons complètes. |
| Guérisons rapides après formation et occlusion spontanée d'une fistule stercorale | 7 | |
| Formation d'une fistule stercorale persistante | 1 | |
| Formation d'un anus contre nature | 1 | |
| Morts | 18 | |

Soit 50 0/0 de mortalité.

Ainsi que le fait observer Bouilly, toutes ces morts ne sont pas imputables à l'opération : un certain nombre d'entre elles (8) peuvent être rapportées à des complications étrangères ou antérieures à l'intervention. Mais il est impossible de ne pas être frappé du grand nombre de faits où la guérison n'est survenue qu'à la suite de la formation d'une fistule stercorale ou d'un anus contre nature.

L'auteur néanmoins ne saurait se ranger à l'avis de Julliard qui admet qu'aujourd'hui comme autrefois la règle est de faire un anus contre nature, sauf à avoir recours plus tard à une entérorraphie secondaire. Il pense l'opération indiquée dans les cas que voici :

*a*) Lorsque l'état général de l'opéré est encore bon;

*b*) Qu'il n'y a pas de péritonite généralisée ou de complication grave quelconque.

*c*) Qu'il n'y a pas encore d'épanchement de gaz et de matières dans le péritoine;

*d*) Lorsque l'on peut facilement attirer au dehors l'intestin lésé et le mésentère;

*e*) Et qu'il n'y a pas une trop grande différence dans le calibre des deux bouts de l'intestin. En l'absence de ces contre-indications, le chirurgien qui traite une hernie étranglée et gangrenée sera tout à fait autorisé à tenter, suivant Bouilly, l'opération en question. — Il est vrai qu'en exposant les intéressantes conclusions opératoires qui complètent ce chapitre, il retire d'une main ce que l'autre donne, et qu'il se rattache à une méthode mixte qui, tout en suturant l'intestin sur presque toute sa circonférence, laisse persister une fistule stercorale dont on obtiendra plus tard l'occlusion.

II. — 2° *Dans la cure de l'anus contre nature :* Bouilly et Assaky ont réuni 29 cas d'entérorraphie avec entérectomie pratiquée pour cette indication; la statistique donne les résultats suivants :

| | |
|---|---|
| Opérations | 29 |
| Succès | 17 |
| Morts | 11 |
| Insuccès | 1 |

Soit une mortalité de 37 0/0. — Dans 26 de ces cas il s'agissait d'anus contre nature consécutifs à des hernies ; une fois il était dû au traumatisme, et dans un cas à un abcès. — Rydygier, Madelung, Julliard avaient déjà fait remarquer combien cette opération est plus favorable dans ses résultats que celle que l'on pratique pour les hernies étranglées, tant au point de vue du nombre des succès que de la simplicité des suites. — Dans trois cas seulement (Schede, Dittel, Albert) une petite fistule stercorale persista quelques semaines, et de onze cas de mort, deux même ne peuvent être imputés à l'opération. — Dans les neuf autres, la péritonite pour six, l'occlusion intestinale pour deux, dans un cas le collapsus produit par l'opération, amenèrent la mort. Le danger quoique grand n'est pas de nature à faire rejeter l'opération quand l'anus contre nature est incurable par d'autres voies; Bouilly conclut que l'opération est indiquée.

*a*) Dans les cas où les tentatives antérieures, compression, entérotomie, sutures, anaplasties, n'ont amené aucun résultat;

*b*) Quand l'examen attentif de l'anus contre nature ne permet pas de se rendre un compte suffisant de la disposition des deux bouts;

*c*) Quand on aura reconnu une disposition anormale des bouts intestinaux: superposition, croisement, écartement notable, différence considérable de calibre;

*d*) Quand il existe un renversement irréductible d'un des deux bouts de l'intestin;

*e*) Quand il y a prolapsus étendu de la muqueuse avec ou sans invagination de l'intestin sus-jacent;

*f*) Quand il existera un anus contre nature sans éperon, constitué par une de ces larges pertes de substance qu'une suture des bords de l'orifice est impuissante à combler.

M. Bouilly conseille formellement de s'abstenir non seulement de toute opération, mais même d'exploration de l'anus contre nature avant un laps de temps de 3 ou 4 mois au moins. PAUL BERGER.

II. — Deux faits inédits, placés en tête de ce travail, justifient la réunion dans cette même étude, de deux ordres de faits peu comparables.

Le premier a trait à une hernie étranglée adhérente que M. Trélat dut opérer. Au cours de la dissection nécessaire pour libérer l'anse intestinale et la réduire, l'habile chirurgien ne put éviter la déchirure de la paroi du viscère. La dissection fut néanmoins achevée, 7 points de suture de Lembert appliqués, et l'anse réduite. Le malade était complètement guéri 12 jours après son admission.

La seconde observation est celle d'une femme âgée sur laquelle l'auteur dut pratiquer l'établissement d'un anus contre nature au cours de la kélotomie ; l'intestin était gangrené. Cet anus contre nature arriva presque à la guérison complète, mais après une exploration intempestive le travail de rétraction de l'orifice s'arrêta. M. Trélat, plus de 5 mois après la première opération, pratiqua l'extirpation de l'orifice anormal avec la portion d'intestin qui était adhérente (entérectomie secondaire) et réunit les extrémités intestinales divisées par la suture (entérorraphie circulaire), puis il réduisit l'in-

testin. La première selle eut lieu 5 jours après; la guérison était complète le huitième jour.

Nous indiquerons seulement un long historique ayant trait à la conduite que l'on a conseillé de tenir en présence d'adhrence intestinale ou de gangrène, et quelques considérations sur le diagnostic des lésions qui constituent ces complications, pour arriver à l'explication des méthodes de traitement et aux résultats indiqués dans les statistiques réunies par l'auteur.

Pour ce qui est des hernies étranglées compliquées *d'adhérence*, 27 observations d'intervention ont donné 4 morts et 28 guérisons. Dans 4 cas on a respecté les adhérences et laissé l'intestin dehors (1 mort, 3 succès); 16 malades ont été traités par la dissection des adhérences et la réduction, dont 2 sont morts, 14 ont guéri; l'un d'eux avec une fistule stercorale passagère : 3 fois l'intestin a été blessé au cours de cette dissection, on a fait la suture intestinale et réduit l'anse blessée avec succès. Il n'y a qu'un cas de résection circulaire totale avec entérorraphie; il fut suivi de guérison. Enfin de 3 cas où l'on dut établir un anus contre nature, un se termina par la mort, un autre par guérison spontanée de l'anus contre nature.

Ces résultats sont assez encourageants; ils doivent engager le chirurgien à tenter la dissection des adhérences afin de réduire l'anse étranglée, sauf à faire une suture latérale si au cours de cette dissection on venait à blesser l'intestin. On ne peut se prononcer sur la valeur de l'entérectomie et de l'entérorraphie circulaire dont on ne possède, en pareil cas qu'un exemple, heureux il est vrai, mais ces opérations ne doivent certainement être pratiquées que quand la conduite indiquée plus haut ne peut être suivie.

Passant ensuite à la considération des hernies étranglées compliquées de *gangrène*, Barette fait un affligeant tableau des misères et des dangers qu'entraîne l'établissement d'un anus contre nature : Sur 102 cas d'anus contre nature publiés et recueillis par lui de 1700 à 1883, 68 ont guéri, 34 sont morts; mais est-il juste de dire que l'affection comporte une léthalité d'un tiers ? Il faudrait ici tout au moins faire entrer en ligne de compte la durée de la survie et l'importance des inconvénients qui résultaient pour le malade de la perte des matières.

Suivant la nature de la hernie ces cas sont ainsi rapportés : anus inguinaux : guéris, 38; morts, 14; — anus cruraux : guéris, 25; morts, 12; — anus ombilicaux : guéris, 4; morts, 2. — On voit que la mortalité est à peu près la même pour ces trois variétés, autant que des chiffres aussi faibles permettent de l'établir.

Les tentatives de guérison de l'anus contre nature donneraient, s'il faut en croire l'auteur, des résultats bien peu encourageants; l'entérectomie employée 26 fois, aurait donné 15 guérisons et 11 morts. La compression seule n'a suffi que dans 4 cas; les résultats des opérations entéroplastiques sont plus favorables; elles n'ont, sur 28 opérations, donné qu'un seul décès.

De l'examen de ces faits, l'auteur conclut qu'il ne faut admettre l'anus contre nature que quand il s'est établi de lui-même, proposition dont il fait honneur à M. Trélat. Il admet, dans les cas douteux la kélotomie sans réduction, c'est-à-dire qu'il conseille de laisser au dehors l'intestin sus-

pect après avoir débridé (pratique qui ne nous a jamais donné que des résultats déplorables, P. B.) et il insiste beaucoup sur l'opportunité d'intervenir par l'entérorraphie, toutes les fois que l'anse intestinale étant franchement gangrenée, l'état du sujet est assez bon encore, qu'il n'y a pas de péritonite, et que le chirurgien est adroit et suffisamment assisté. Voyons si les faits recueillis justifient cette opinion favorable à l'opération.

Sur 49 observations d'entérectomie et d'entérorraphie circulaires primitives, c'est-à-dire immédiates, on a 26 guérisons, 23 morts, et des soi-disant guéris, 2 ont conservé un anus contre nature.

L'entérorraphie latérale, ou la ligature latérale d'une petite perforation ont donné de meilleurs résultats, 21 guérisons et 3 morts.

La mortalité est bien plus grande quand la réduction a été retardée et que c'est un jour ou deux après avoir pratiqué la kélotomie que l'on résèque, suture et réduit : 5 opérations faites de la sorte ont donné 3 morts.

L'entérectomie tardive avec entérorraphie circulaire pour la cure d'un anus contre nature, sur 29 cas a donné 13 morts et 16 succès; l'entérectomie latérale faite dans ces conditions a donné 5 succès sur 5 opérations.

On le voit, le résultat de ces chiffres, si l'on veut admettre la valeur des statistiques toujours partiales en pareille matière, justifierait mieux, à notre sens, l'établissement primitif d'un anus contre nature suivi d'entérorraphie secondaire ou mieux encore de l'application de l'entérotome que la résection circulaire et la suture primitive de l'intestin gangrené. Mais ces réserves faites sur les conclusions un peu trop avancées de cette thèse, nous recommanderons sa lecture en raison des documents très nombreux, très soigneusement et méthodiquement disposés qu'elle renferme. PAUL BERGER.

III. — Cette longue étude, au courant des faits modernes, pleine d'observations, de statistiques et de considérations judicieusement établies, aboutit aux conclusions thérapeutiques suivantes :

Les exemples de guérison spontanée d'un anus contre nature sont très fréquents ; Dupuytren estimait qu'elle ne laissait qu'un quart des malades à l'entérotome. D'une façon générale il faut donc savoir l'attendre, et dans aucun cas n'intervenir avant la cessation des accidents inflammatoires ; c'est-à-dire deux ou trois mois après l'établissement de l'anus herniaire. L'affaiblissement menaçant seul, résultant d'une déperdition exagérée des matières alimentaires, justifierait une opération plus précoce.

Passé ce temps, si la tendance à l'occlusion spontanée est manifeste, il faut encore différer ; mais si ce travail s'arrête et si l'anus anormal constitué présente les particularités suivantes : 1° ouverture, étendue ; 2° éperon s'avançant jusqu'à l'ouverture ; 3° renversement irréductible ; 4° forme labiée de l'anus, on devra intervenir. On pourra le faire par l'entérorraphie circulaire ou l'entérotomie suivie ou non d'une opération anaplastique.

Séduisante en apparence, la première de ces alternatives opératoires donne une mortalité considérable (1 mort sur 3 opérés) due à la péritonite consécutive. L'application de l'entérotome au contraire est une manœuvre

facile, sûre, nullement dangereuse; dans un cas simple, par conséquent, le chirurgien ne devra pas abandonner les anciennes méthodes. Mais à côté de ces faits, l'entérorraphie secondaire a des indications précises; ce sont : l'impossibilité d'appliquer l'entérotome, si les deux bouts sont inaccessibles à l'exploration, ou si le bout inférieur est perdu ou obstrué; — l'échec de l'entérotomie plusieurs fois répétée; — l'impossibilité d'appliquer méthodiquement l'entérotome; on ne doit jamais le faire à l'aveugle; l'absence d'éperon qui ne permet pas d'appliquer l'entérotome. En ce dernier cas, avant d'ouvrir le ventre pour suturer l'intestin, on doit tenter les méthodes anaplastiques.

Pour les fistules stercorales, lorsque l'on aura laissé écouler les délais hors desquels la guérison spontanée ne peut être raisonnablement attendue, il faut, suivant Polosson, faire la dissection de l'orifice anormal, aller jusqu'à l'intestin, le disséquer par sa surface externe et réunir par la suture de Lembert les parois rebroussées de manière à produire l'adossement des séreuses. Si néanmoins dans cette dissection on arrivait à trouver des lambeaux faciles à adosser avant d'être parvenu aux limites des adhérences, on devrait s'en contenter.

En cas de fistule pyo-stercorale, après l'expectation de rigueur, on doit faire le débridement et le râclage antiseptique des clapiers, des trajets, ou la cautérisation de la membrane pyogénique qui les recouvre et de l'orifice intestinal; si ces moyens échouent, avoir recours à la laparo-entérorraphie telle que l'a faite M. Julliard. Mais ici la gravité de l'opération doit être proportionnée à la gravité de l'affection.

Quand l'orifice anormal fait communiquer l'intestin avec l'utérus ou le vagin, il faut, si l'orifice est petit et accessible, essayer des cautérisations ou de la suture américaine. Si c'est un anus contre nature véritable, si les cloisons intestinales et vaginales sont adossées, on a le choix entre la gastro-entérorraphie, l'occlusion du vagin, ou l'abstention avec traitement palliatif. — L'occlusion du vagin qui n'a jamais été pratiquée en pareil cas, ne pourrait être faite que s'il existait une large communication entre le rectum et le vagin.

Dans les communications de l'intestin avec la vessie que l'usage de la sonde à demeure n'a pu amener à guérison, il ne reste guère d'autre ressource que l'établissement d'un anus contre nature, iliaque ou lombaire, encore faut-il que ce dernier puisse être pratiqué au-dessus de la fistule sterco-vésicale. PAUL BERGER.

IV. — L'auteur se déclare d'abord partisan convaincu de l'établissement d'un anus contre nature dans les hernies étranglées, gangrenées, et adversaire de l'entérorraphie. Sur 32 cas où la résection et la suture circulaire de l'intestin furent faites aussitôt, il n'y eut que 6 guérisons complètes, 7 insuccès et 19 morts dues à l'opération. L'auteur est si convaincu des dangers de l'entérorraphie immédiate pratiquée dans ces cas, qu'il regarde l'insuccès et la formation d'un anus contre nature par réouverture de la surface réunie, comme un fait plutôt favorable. Von Bergmann rappelle au contraire les nombreuses guérisons dues à l'expectation et à l'entérotome. Quand l'anus contre nature se montre rebelle, on a comme dernière ressource l'entérorraphie secondaire qui jusqu'à présent à donné 15 morts sur 25 faits; mais il est permis d'espérer de meilleurs résultats, grâce au perfectionnement des méthodes.

L'auteur rapporte un brillant succès qu'il a obtenu par cette opération :

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, sur lequel trois ans auparavant une occlusion intestinale avait nécessité l'établissement d'un anus contre nature. Celui-ci ayant persisté malgré les tentatives d'oblitération autoplastiques ou autres, il fallut dégager l'intestin adhérent à la paroi abdominale; il s'agissait du cœcum à sa jonction avec l'intestin grêle. 60 points de suture fermèrent l'orifice anormal de l'intestin, après incision de ses bords, de telle sorte que le cœcum fut désormais dans le prolongement presque direct de l'intestin grêle. — La première garde-robe eut lieu le huitième jour. — Le malade guérit. PAUL BERGER.

V. — Kœrte déclare que le traitement de l'anus contre nature par entérorrhaphie, malgré la méthode antiseptique, n'a pas réalisé les espérances que l'on avait conçues ; l'application de l'entérotome de Dupuytren est de tous points préférable. — Sur un total de 30 cas de hernies étranglées avec gangrène de l'intestin, traitées soit par lui, soit par son maître Wilms à *Bethanien*, 16 furent suivis de mort, 14 de survie : de ces derniers 4 guérirent sans autre intervention ; dans 10 cas il y eut formation d'un éperon et constitution d'un anus contre nature. L'application d'un entérotome au bout de 3 mois, puis des cautérisations ou l'occlusion de l'orifice par une opération plastique amenèrent la guérison dans 7 cas ; dans 3 autres il y eut persistance d'une fistulette, mais elle était peu gênante et les selles se faisaient normalement par l'anus.

Dans un cas l'on chercha à produire le refoulement de l'éperon avec la fourche en ivoire de Dieffenbach : il fallut y renoncer à cause des douleurs que détermina cette manœuvre. Citant enfin la statistique de Heimann qui sur 104 opérations pratiquées par l'entérotome n'a relevé que 4 morts, Kœrte conclut que la valeur de la méthode de Dupuytren dans la cure de l'anus contre nature, est incontestable. P. B.

VI. — L'auteur, sous l'impression d'un fait qu'il a observé à la clinique de Bonn, chez Madelung, a fait quelques recherches et réuni 84 exemples d'anus contre nature traités par la méthode de Dupuytren.

Le cas ci-dessus mentionné a nécessité ultérieurement la résection et la suture de l'intestin. Des 83 autres, 7 se terminèrent par la mort ; mais 4 fois seulement celle-ci fut imputable à l'entérotomie ; dans ces derniers cas, la perforation de l'intestin et la péritonite diffuse furent les causes de la terminaison fatale. Dans 50 observations la guérison fut complète : dans 26 cas il restait une fistulette, et l'issue des matières était empêchée par la compression. Les précautions qui paraissent le plus à recommander sont l'expectation jusqu'à ce qu'un temps assez long se soit écoulé depuis l'établissement de l'orifice anormal ; la constriction graduelle exercée par les mors de l'instrument, et la nécessité d'applications successives pour ne pas attaquer d'emblée l'éperon sur une trop grande étendue. P. B.

VII. — Femme de 57 ans ayant une hernie crurale de la grosseur des deux poings, irréductible et très douloureuse. Elle a des vomissements continuels mais non fécaloïdes.

Opération. Le sac ouvert, on aperçoit une grande quantité de liquide brun, fécal et une grosse masse d'épiploon au milieu de laquelle se trouve une anse intestinale, noire par places et d'odeur gangréneuse. Après ligature du mésentère avec le catgut, Julliard résèque 18 centimètres d'intestin en ayant soin que la section porte sur des parties saines. Le bout supérieur étant trop

gros pour l'invaginer, il place sur la circonférence de l'intestin 4 catguts d'après le procédé de Lembert, avec cette différence qu'il fait ressortir les fils à 1/2 centimètre de la section. Puis, au moment où un aide serrant le nœud, les deux bouts s'appliquent l'un contre l'autre, Julliard retourne en dedans le bout inférieur et y introduit le bout supérieur. Cela fait, il place une rangée de 9 caguts, d'après Lembert, en arrière de la première suture, réunit la plaie mésentérique par 4 catguts et résèque, après l'avoir lié en 6 faisceaux, l'épiploon adhérent aux parois du sac.

Alors il fait aux parois abdominales une incision de 6 centimètres pour pouvoir replacer à son aise dans l'abdomen l'anse intestinale qu'il installe en face de l'anneau, en la recouvrant par l'épiploon.

La suture de l'anneau, la résection du sac et la suture de la peau complètent l'opération : 2 drains sont placés dans la partie inférieure de l'incision. Pansement antiseptique.

Durée de l'opération, 1 heure 20 minutes : En dépit d'un catarrhe bronchique, réunion par première intention sauf à l'orifice des drains. Le 14e jour, l'opérée est prise de manie aiguë et dès lors tout pansement impossible. On est obligé de l'enfermer dans un asile d'aliénés, où Julliard 2 mois 1/2 après peut constater que la hernie ne s'est pas reproduite.

L'auteur fait suivre cette observation de considérations sur la technique opératoire.

Comme procédé d'entérorraphie, il donne la préférence à la suture de Jobert qui est plus solide. Sur 25 opérations où l'on a pratiqué la suture de Lembert, on compte 5 cas de disjonction des sutures dont 2 ont été mortels par épanchement abdominal.

Dans le fait ci-dessus, Julliard a été obligé de combiner les 2 procédés de suture. Il préfère le catgut à la soie, le trouvant assez solide, point irritant et résorbable.

Il estime que l'incision des parois abdominales doit accompagner toute entérectomie. Le diamètre de l'anse réséquée étant notablement augmenté par la suture, il est impossible de la faire passer par l'anneau sans la tirailler, ce qui compromet la suture. De plus, la laparotomie permet de maintenir l'anse contre l'anneau, ce qui est important pour les trois raisons suivantes : 1° si une portion de la suture vient à manquer, l'épanchement des matières se fera par l'anneau et non plus dans la cavité abdominale ; 2° on pourra replacer la suture qui a manqué, comme l'a fait Polano ; 3° les adhérences que l'anse contracte avec les piliers sont une condition favorable pour la guérison radicale.

Malgré la réussite de son opération, Julliard n'est pas partisan de pratiquer immédiatement l'entérectomie, en cas d'intestin gangrené. Il conseille de faire d'abord un anus artificiel, opération plus facile et moins dangereuse.

Si l'anus ne guérit pas de lui-même, on en viendra à l'entérectomie dans des conditions de succès très supérieures à celles de l'entérectomie primitive grâce à la formation d'adhérences, à la tolérance plus grande du péritoine, à la vacuité du bout supérieur et à la facilité de reconnaître le point où cesse la mortification. (*R. S. M.*, XIX, 666 ; XXII, 686).

VIII. — Femme de 74 ans, affectée depuis une trentaine d'années d'une hernie inguinale droite, bien maintenue par un bandage jusqu'à hier où subitement elle est devenue douloureuse et irréductible, malgré des taxis assez énergiques. La peau est rouge à son niveau. Herniotomie immédiate. Le sac mis à nu, on ouvre un kyste en dépendant qui est rempli de sérosité sangui-

nolente, puis on incise le sac lui-même qui contient un peu de liquide foncé, inodore, de l'épiploon et une anse intestinale, ecchymosée, dont la séreuse, trouble, est recouverte ça et là de flocons fibrineux.

Pendant la réduction qui est assez laborieuse, on s'aperçoit, à l'issue d'un liquide fécal, que l'anse s'est déchirée à son insertion mésentérique. Roggerbau se résout à la réséquer.

Il pratique la suture de Lembert modifiée par Czerny (*R. S. M.*, XIX, 679); 11 fils de soie pour la première rangée, 10 pour la deuxième, alternent avec les premiers. Puis, avant de réduire l'anse, il incise l'anneau pour ménager la suture. Ensuite, il extirpe le sac et l'épiploon après l'avoir lié, referme la plaie extérieure en plaçant un drain à son extrémité inférieure et applique le pansement de Lister. L'opération avait duré 1 heure 1/2. L'anse réséquée, qui mesurait 32 centimètres sur sa convexité, était sugillée mais non gangrenée.

Aucune fièvre consécutive. Réunion par première intention. Le 5e jour, ablation des sutures extérieures et du drain, et première selle. Le 11e, issue d'un lambeau gangréneux par le canal du drain. Le 12e, première nourriture solide. Le 14e, on cesse les pansements de Lister. Le 21e, l'opérée quitte le lit.

IX. — Rydygier a pratiqué 2 entérectomies, l'une suivie de guérison pour une fistule stercorale, l'autre moins heureuse dont voici le résumé :

Femme de 58 ans, ayant une hernie crurale gauche étranglée depuis trois jours, avec rougeur et œdème des téguments. Herniotomie antiseptique. La hernie se compose d'une masse volumineuse d'épiploon adhérent et d'une anse intestinale, à couleur gangréneuse par places. Extirpation de l'épiploon. Pour ne pas réséquer une longueur exagérée d'intestin, R... se voit obligé de sectionner sur un endroit non encore parfaitement sain; l'anse réséquée mesure 54 centimètres ; les deux bouts étant de calibre égal, la suture en fut facile. Pour la première rangée de sutures, R... fit choix du point de pelletier. Il enfonçait l'aiguille armée de catgut à travers la séreuse et la musculeuse, au niveau de l'insertion mésentérique et à 2 ou 3 millimètres des lèvres de la plaie, puis faisait ressortir l'aiguille au niveau de la lèvre même de la plaie intestinale, immédiatement en avant de la muqueuse qui n'était pas traversée par le fil. En sens inverse, l'aiguille traversait le lien opposé ; puis en faisait le nœud, en réservant une certaine longueur de fil. Des points semblables espacés de 3 ou 4 millimètres furent disposés tout autour de la circonférence de l'intestin. Cela fait, les extrémités du premier et du dernier fils furent nouées ensemble pour consolider le tout. R... applique ensuite la 2e rangée de suture, à la façon de Lembert.

Suture du mésentère, réduction de l'intestin, réunion de la plaie cutanée, sauf à son angle inférieur où un drain est placé. Pansement de Lister. Après l'opération, les vomissements continuent, la température s'élève, le pouls devient très fréquent. Mort dans le coma 20 heures après l'opération, par péritonite généralisée.

Rydygier a pratiqué sur des chiens un certain nombre d'expériences pour élucider quelques points litigieux de l'entérectomie. Voici les conclusions de ses expériences : Les résections intestinales simples sont peu dangereuses. Le catgut est suffisamment solide pour les sutures. Les compresseurs élastiques qu'il a imaginés obturent très bien le calibre de l'intestin. Le décollement du mésentère de l'intestin réséqué a des inconvénients pour sa nutrition qui ne se produisent pas quand on détache le mésentère d'un intestin non sectionné. La suture, comme il l'a modifiée, est suffisamment résistante.

Pour empêcher le déversement du contenu intestinal dans la cavité abdominale, R... préconise son compresseur élastique auquel il attribue les avantages suivants : Il exerce une compression plus uniforme et se répartissant sur une plus vaste surface que celle obtenue avec des pinces et des ligatures ; il tient moins de place et est plus stable que les doigts des aides. R... exécute la section du mésentère avant celle de l'intestin et lie le mésentère avant de le couper. La suture de pelletier est moins longue que celle de Czerny qui est un peu gênante pour l'affrontement des séreuses au moment où l'on applique la seconde rangée de sutures.

La nature du fil, soie phéniquée ou catgut, a peu d'importance, car les fistules stercorales consécutives peuvent se produire aussi bien avec l'une qu'avec l'autre ; l'essentiel est la manière dont on fait les points de suture.

Si les deux bouts d'intestin sont de calibre inégal, on les égalise en coupant obliquement le plus étroit.

Rydygier a retrouvé, dans la littérature médicale, 61 cas de résection d'intestin dont il donne le résumé : Cette opération à été pratiquée 31 fois pour gangrène d'intestin hernié ; 21 des opérés sont morts. Mais Rydygier ajoute que cette mortalité de 67,7 0/0, est encore au -dessous de la réalité, parce qu'on est loin de publier tous les cas à issue défavorable. D'un autre côté, il faut reconnaître que même sans la résection, la majorité de ces malades eût succombé.

L'entérectomie a été faite 18 fois pour des anus contre nature ou des fistules stercorales, et 12 opérés ont guéri.

Elle a été effectuée 9 fois pour des tumeurs malignes de l'intestin : 6 des opérés sont morts dans les 24 heures.

Enfin l'entérectomie a été exécutée 2 fois pour des tumeurs adhérant intimement à l'intestin (Billroth, ovariotomie et Madelung, lipome mésentérique, *R. S. M.*, XIX, 679) et 1 fois pour un rétrécissement cicatriciel de l'intestin (Kœberlé, *R. S. M.*, XIX, 680) ; ces 3 opérés ont guéri.

X. — Garçon de 14 ans, atteint depuis l'enfance d'une hernie inguinale droite. Il y a 2 mois 1/2, à la suite d'une chute, il éprouva dans le ventre une sensation douloureuse de déchirure, et dès lors la hernie est devenue irréductible. Le lendemain, vomissements et selles diarrhéiques. 3 semaines plus tard, apparition de plusieurs « abcès » sur le scrotum.

État actuel : Oschéocèle des 2 poings qui change souvent de volume d'un instant à l'autre. Peau scrotale rouge, œdémateuse, couverte de pus et de matières ; à la paroi antérieure du scrotum, orifice gros comme un pois donnant issue à du pus, mêlé de matières, 2 centimètres plus bas est un point fluctuant, on en trouve également un autre au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. La paroi postérieure du scrotum présente une cicatrice déprimée qui est aussi, d'après le malade, la conséquence d'un abcès ayant fourni du pus et des matières fécales.

Incision des points fluctuants et drains dans tous les orifices.

Quand l'état général se fut amélioré, Rydygier entreprit une opération dans la double intention de supprimer les fistules et de guérir radicalement la hernie.

Incision cutanée sur la paroi antérieure du scrotum qui s'arrête d'abord au niveau du ligament de Poupart ; cette incision donne en quelques points issue à du pus. Les anses intestinales sont détachées de leurs nombreuses adhérences au sac, mais l'intestin est si friable qu'il se déchire sous les doigts.

Rydygier extrait avec beaucoup de peine un paquet d'anses qu'il lui est impossible de développer et qu'il résèque après avoir appliqué une ligature au-dessus du point déchiré. La tumeur réséquée a 27 centimètres du côté convexe et 19 du côté concave.

R... prolonge alors son incision au-dessus du ligament de Poupart et ouvre la cavité abdominale sur une longueur de 5 centimètres ; à droite de la ligne blanche à la fistule de la paroi abdominale, adhérait, par sa convexité, une anse intestinale offrant une perforation de 1 centimètre 1/2 de diamètre.

Le collapsus du malade oblige R... a en rester là de son opération. Il suture donc les plaies scrotale et abdominale sauf tout en haut où se trouve l'anus contre nature. Pansement antiseptique. Pouls accéléré mais sans élévation de température. Faim canine ; 1 heure après le repas, une bonne partie des aliments indigérée apparaît à l'anus abdominal.

Cet anus se rétrécit de plus en plus et le pédicule intestinal, lié, se rétracte plus profondément, de sorte que le fil finit par tomber.

Cinq semaines plus tard, l'anus artificiel étant devenu douloureux, Rydygier pratique une nouvelle opération dans laquelle il se propose de rechercher d'abord les bouts de l'anse grêle réséquée afin de les suturer, puis de réséquer l'anse qui forme l'anus contre nature. Mais pendant l'opération, il fut obligé de modifier son plan.

Incision abdominale au-dessus de l'anus, ouverture de la cavité péritonéale de haut en bas et dissection de l'anus. Extraction du segment d'intestin correspondant pour fermer la perforation de ses parois. Prolongement de l'incision en bas jusque sur l'ancienne cicatrice. Malgré de laborieuses recherches, R... ne réussit pas à retrouver les bouts de l'anse qu'il a réséquée dans la première opération. Il se résout donc à n'exécuter que la première partie de son projet. En détachant de son mésentère, l'anse qui constitue l'anus, il trouve dans ce mésentère un cordon cicatriciel épais de deux centimètres qu'il incise croyant avoir affaire à un des bouts atrophiés de l'intestin, mais il n'en était rien. Le tronçon intestinal réséqué mesurait 16 centimètres à son bord convexe et 10 à son bord concave ; son extrémité inférieure était voisine de la valvule de Bauhin. La réunion des 2 bouts fut facile et effectuée au moyen d'une suture de pelletier, renforcée en arrière par 22 catguts d'après Lembert. R... en réduisant l'anse la plaça au voisinage de la plaie abdominale qu'il ne referma pas complètement, afin de pouvoir intervenir en tout temps s'il survenait de la coprostase. — Pansement antiseptique ; 52 heures après l'opération première garde-robe rectale. Guérison.

Rydygier ne s'expliquait pas tout d'abord comment la perméabilité du canal intestinal pouvait persister malgré qu'il n'eût suturé ensemble que les bouts d'une seule des deux anses réséquées.

Sur le tronçon réséqué dans la seconde opération, se voyait tout autour du calibre extérieur une cicatrice linéaire dont le trajet circulaire était interrompu par la fistule. D'autre part, le tronçon réséqué dans la première opération ne formait pas une véritable anse avec deux bouts, mais plutôt un cercle, et ses deux extrémités étaient en grande partie soudées entre elles par des adhérences ; le bout inférieur était très rétréci et sa muqueuse altérée. Il avait également remarqué lors de la première opération que le pédicule d'intestin lié paraissait se perdre dans la profondeur de la fistule même. Enfin, on a vu que pendant la deuxième opération, R... avait rencontré dans l'épaisseur du mésentère un cordon fibreux.

En réunissant ces diverses remarques et le fait qu'avant toute opération on avait noté des changements de volume, brusques et souvent considérables dans la hernie, Rydygier arrive à l'explication suivante de cet état de choses si complexe.

Après la chute du jeune garçon, le collet de sa hernie subit une constriction si forte qu'il se gangrena ; mais avant que la portion gangrenée s'éliminât, les portions correspondantes d'intestin se sont soudées en constituant un nouveau canal dont la paroi supérieure était l'ancienne paroi interne, et la paroi inférieure l'ancienne paroi externe. Mais la paroi inférieure de ce nouveau canal se trouvait interrompue par la fistule ; en outre, elle était en connexion par le tissu cicatriciel avec l'anse herniée ; ces deux portions d'intestin qui communiquaient entre elles par un trajet creusé dans le tissu cicatriciel.

A l'ordinaire les matières passaient par le canal intestinal de nouvelle formation qui était rectiligne et spacieux, mais parfois une partie franchissant le trajet creusé dans le tissu cicatriciel, arrivait jusque dans l'anse herniée et s'y accumulait.

XI. — *Hahn* a vu succomber d'inanition deux malades auxquels il avait pratiqué l'entérotomie de Dupuytren ; plus tard, il a essayé de pratiquer immédiatement la résection de l'intestin, mais les résultats ont été encore pires, si possible. Un malade opéré tardivement d'un anus contre nature par l'entérectomie a au contraire guéri.

Von *Bergmann* n'a jamais trouvé de contre indication à l'anus artificiel dans les hernies gangrenées récentes. Pour une fois qu'il s'est écarté de cette règle de conduite, il a dû laisser l'opération inachevée et en revenir à l'anus, parce que l'entérorrhaphie offrait trop de difficultés.

Relativement au meilleur mode d'obturation provisoire du calibre de l'intestin avant l'entérectomie, il a peu d'expérience chez l'homme où il se sert à cet effet d'un clamp, imité de celui de Rydygier : deux baleines enveloppées d'un tube à drainage qu'on serre l'une contre l'autre. Chez les animaux, ce compresseur laisse une marque sur l'intestin, mais non chez l'homme. Quant aux ligatures de catgut, chez les animaux du moins, il lui a paru qu'elles coupaient l'intestin.

*Israel*, pratiquant la résection de l'intestin par un cancer du côlon descendant et voulant éviter le déversement du contenu intestinal dans la cavité abdominale, appliqua sans beaucoup la serrer une ligature de catgut à une distance considérable de la tumeur qu'il voulait extirper. Mais pendant l'opération même, l'intestin se déchira au niveau de cette ligature provisoire et l'opéré succomba à une péritonite septique amenée par l'épanchement de matières.

*Langenbuch* n'a eu à traiter que 4 cas d'anus artificiel tous consécutifs à des hernies étranglées, 2 des malades sont morts à la suite de l'opération, le troisième a guéri spontanément au bout de 3 mois et le dernier est également en voie de guérison.

Chez les deux opérés, il avait appliqué à diverses reprises et chaque fois avec apparence de succès l'entérotome de Dupuytren. Mais il ne réussit pas à obturer complètement la fistule et dut recourir à l'extirpation.

Chez l'un, il réséqua 27 centimètres d'intestin et appliqua une suture à la soie en deux étages. Bientôt après se montrèrent des phénomènes d'iléus auxquels le malade succombait le lendemain de l'opération. A l'autopsie aucune trace de péritonite, mais la suture des parois intestinales faite trop profondément avait gêné le cours des matières. D'après lui, le calibre de l'intestin grêle ne tolère qu'un rang de sutures circulaires.

Chez l'autre malade, dans le but d'éviter une résection, L... se con-

tenta de détacher la muqueuse de l'orifice fistuleux et de la suturer. Mais l'opéré succomba à une adipose cardiaque. Langenbuch en conclut que les anus artificiels siégeant dans les parties supérieures de l'intestin grêle, doivent être guéris dans l'espace de 3 à 6 mois, sinon ils causent un marasme très défavorable à toute opération ultérieure. D'autre part, il n'est pas partisan de réséquer l'intestin dans les hernies gangrenées récentes.

*Körte.* Sur 8 cas d'anus artificiel traités à Béthénie soit par Willms, soit par lui-même, 3 ont succombé par des causes qu'on eût pu éviter peut-être ou qui ne tenaient pas directement à l'opération.

Une première opérée est morte de pyélonéphrite qui persistait et n'a fait qu'empirer durant la cure avec l'entérotome.

Une seconde est morte d'infection purulente. L'anus artificiel lui avait été pratiqué pour une hernie crurale gangrenée, mais l'anse n'était pas solidement fixée à la peau. De plus l'opération avait mis à découvert de grosses varices de la saphène sur lesquelles se déversaient les matières intestinales.

La troisième a succombé par péritonite le 4e jour après la résection d'une hernie crurale gangrenée. Pour réduire l'anse on s'était contenté de débrider le ligament de Gimbernat sans toucher à l'anneau même. A l'autopsie on constata que l'intestin était malade au niveau du point étranglé et perforé en outre immédiatement au-dessus de l'anneau. Donc si on eût débridé l'anneau et altéré l'intestin, on eût reconnu l'état de choses.

Willms n'appliquait l'entérotome que dans le 3e mois. En plusieurs séances, il sectionnait l'éperon et établissait une libre communication des 2 bouts de l'intestin, puis il essayait par des cautérisations de rétrécir l'orifice fistuleux. Quand il n'y parvenait point, il disséquait circulairement la muqueuse, la détachait du pourtour de la fistule, l'invaginait et la suturait avec des ligatures perdues en évitant ainsi d'ouvrir la cavité abdominale. Finalement il faisait glisser par-dessus un lambeau cutané qu'il suturait.

En procédant de la même façon, Körte a guéri 2 malades.

*Bardeleben* déclare que sous l'impression de la discussion du Congrès des chirurgiens (*R. S. M.*, XIII, 734 et XV, 676) il avait essayé dans 2 cas de hernie gangreneuse, l'entérectomie avec entérorraphie ; mais ses 2 opérés ont succombé dans les deux jours suivants, sans qu'on pût incriminer la suture ; aussi renonce-t-il à cette opération.

Il a eu également un cas de mort au bout de 24 ou 36 heures dans le traitement de l'anus artificiel par suture ; à l'autopsie il n'y avait ni épanchement, ni défauts dans la suture.

Pour obturer le calibre de l'intestin pendant l'entérectomie, il est contraire à l'emploi des ligatures quelconques, car si elles sont suffisamment serrées, le sillon de constriction est si marqué qu'il doit faire craindre la gangrène de l'intestin. Il donne la préférence aux clamps qu'on peut toujours improviser, soit avec des pinces, soit avec des baguettes, etc., qu'on revêt de caoutchouc. J. B.

XII. — Obs. 1re. — Anuscontre nature pratiqué chez une femme de 28 ans qui présentait depuis huit jours des vomissements fécaloïdes sans cause appréciable. Un an après, la malade dépérissait, et tous les moyens d'occlusion

de la fistule avait échoué bien que des matières passassent par l'anus; une incision pratiquée sur la paroi abdominale au-dessus de la fistule, permit de dégager l'intestin et de le suturer. Guérison en dix jours.

Obs. 2e. — Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire qui n'avait pas été levé à temps. L'occlusion de l'orifice anormal fut obtenu comme dans le cas précédent. L'auteur repousse l'emploi de compresseurs spéciaux pour empêcher l'épanchement des matières dans le péritoine pendant la durée de l'opération; il suffit de quelque habileté pour éviter cet accident. Guérison en dix jours, comme dans le fait ci-dessus mentionné. P. B.

XIII. — L'auteur a décrit son procédé de guérison de l'anus contre nature par l'emploi des tampons élastiques (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1881, n° 26). Il n'admet l'emploi de l'entérectomie et de l'entérorraphie que quand le bout inférieur de l'intestin est oblitéré. Jamais ces opérations ne doivent trouver place dans la cure des fistules stercorales que l'on peut toujours amener à guérison par les méthodes anciennes. Voici un exemple des succès que l'on peut obtenir sans opération :

Un garçon de 17 ans est atteint d'anus contre nature consécutif à une périty phlite. Il fallut ouvrir l'abcès par une incision longeant toute la crête iliaque pour en découvrir le fond. On constata de la sorte que la paroi de la cavité purulente était adhérente à l'intestin, et qu'en un point, au niveau du cœcum, une ouverture de la dimension d'une pièce de 2 francs s'ouvrait dans l'intestin, et qu'au travers d'elle la muqueuse faisait hernie. La cavité de l'abcès, soigneusement nettoyée, fut tamponnée avec de l'ouate phéniquée, et ce pansement fut maintenu par un appareil compresseur. Les matières fécales, rendues plus consistantes par l'emploi de l'opium, passèrent dès le lendemain par l'anus; l'abcès se recouvrit de bourgeons charnus; le pansement fut de moins en moins taché par les fœces, et, quatre mois après le commencement du traitement, la fistule stercorale était fermée, la cavité purulente comblée, et une cicatrice solide unissait l'os iliaque aux parois musculaires du ventre. P. B.

XIV. — En opérant une hernie crurale étranglée depuis six jours, l'auteur cherchant à dégager l'intestin adhérent au sac, détermina une rupture de l'anse. Il pratiqua aussitôt la résection de 21 centimètres de l'intestin malade et fit l'entérorraphie. La mort survint au bout de vingt-huit heures. Il n'y avait pas de péritonite; la suture paraissait solide. L'auteur attribua la terminaison fatale à une congestion méningée.

Escher qui analyse cette observation remarque que d'après les travaux les plus modernes, ce n'était pas à l'entérorrhaphie mais à l'établissement d'un anus contre nature qu'il fallait avoir recours. Il conteste également la cause de la mort dans le cas présent et la rapporte au choc. P. B.

XV. — Richelot, en opérant une hernie crurale étranglée depuis quarante-huit heures et qui avait été soumise à des purgatifs répétés et à des manœuvres violentes de taxis, en ville, découvre à la surface de l'anse un point où la paroi intestinale semblait amincie et donnait du sang. Un fil de catgut jeté autour de cette perforation incomplète la tranforma en une perforation complète; un fil circulaire, adossant la muqueuse à elle-même, oblitéra alors solidement la perforation. Mais au moment où on voulut réduire après débridement, deux nouvelles perforations se produisirent sous la pression des doigts, tout près de la première, en des points qui ne semblaient pas très malades. Pour les oblitérer, le chirurgien passa au-dessous d'elles des fils de catgut à l'aide d'une aiguille. Ces fils étant serrés forment un pli avec adossement des séreuses, au fond duquel se trouvent ces perforations. L'anse fut alors réduite, la plaie suturée, et la malade guérit sans fistule stercorale.

Les perforations de l'intestin gangrené n'ont pas toujours une termi-

naison si favorable malgré les sutures les plus soignées et l'emploi rigoureux des antiseptiques.

XVI. — De ces faits un seul présente quelque intérêt : il s'agit d'une hernie étranglée depuis vingt-quatre heures seulement chez un homme de 35 ans. Un mouvement peu ménagé du chirurgien détermine la rupture de l'anse intestinale pendant les efforts de réduction pratiqués après l'ouverture préalable du sac. La déchirure, faite par l'ongle, est saisie, nettoyée, réunie par 8 points de suture de Lembert ; on réduit et panse à l'iodoforme. Guérison en cinq semaines.

XVII. — Cette variété d'anus contre nature et les fistules pyo-stercorales n'ont été l'objet que de peu de travaux ; on ne préconise guère en pareil cas les opérations radicales : de là l'intérêt que présentent les deux points rapportés par Riedel.

Obs. 1. — Un garçon de 17 ans, sujet à des poussées de périthyphlite, a vu à la suite de l'une d'elles se former un anus contre nature dans la fosse iliaque droite. Après plusieurs années d'alternatives diverses, l'auteur voit le malade et constate un orifice, bordé par la muqueuse, et laissant pénétrer le doigt dans l'intestin où l'on sent des masses fécales. Une première tentative incomplète pour libérer par une incision peu profonde l'intestin et suturer la muqueuse de l'orifice échoue. Riedel détache alors complètement l'intestin des parois du ventre, l'attire au dehors, le suture par adossement des séreuses, et le réduit. L'intestin se rétracte aussitôt à une grande profondeur : six jours après a lieu la première garde-robe par l'anus. Le malade guérit sans incidents.

Obs. 2. — Un ouvrier, de 25 ans, voit se former un anus contre nature à la suite de l'incision d'un abcès de la fosse iliaque droite. Les débridements faits pour évacuer le pus montrent que toute la fosse iliaque est le siège d'une immense cavité dont la paroi interne est formée par une plaque percée de deux orifices voisins l'un de l'autre, qui laissent échapper les matières fécales. Comme dans le cas précédent, une opération incomplète est d'abord suivie d'insuccès. Riedel pratique alors une grande incision qui ouvre la poche dans toute son étendue ; il réunit les deux orifices fistuleux par une incision, puis il sépare l'intestin de la plaque dure qui forme la paroi interne de l'abcès, et fait la réunion des séreuses. L'intestin se rétracte profondément au moment où on l'abandonne ; la première selle a lieu le huitième jour, et le malade paraît aujourd'hui complètement guéri. L'opération avait été faite trois mois après l'ouverture de l'abcès.

L'exposé du manuel opératoire est très imparfait dans ces 2 observations. L'auteur ne dit pas s'il a pratiqué et comment il a pratiqué l'occlusion de la cavité abdominale après la suture. Au reste il paraît ne pas s'être bien rendu compte s'il l'avait ouverte et, quoiqu'il parle de la rétraction énorme de l'intestin dans le ventre et de suture des séreuses intestinales, il avoue qu'il ne sait si le péritoine était intéressé par l'opération qu'il fit pour libérer l'intestin et le suturer. Il suppose, avec raison peut-être, que les adhérences très étendues qui unissent, dans le cas d'inflammations anciennes ayant amené des fistules stercorales, la paroi abdominale avec l'intestin, mettent la cavité abdominale absolument à l'abri de l'ouverture large et de l'épanchement de matières et de gaz, dans les manœuvres que l'on fait pour détacher et suturer les lèvres de l'orifice anormal.

PAUL BERGER.

XVIII. — Un fait observé à la clinique de Verneuil en 1876, a donné à l'auteur l'idée de ce travail. C'est l'œuvre d'un érudit et d'un esprit judicieux. Petit a pu réunir dans la littérature française et étrangère un

grand nombre d'observations dont il a su tirer un très bon parti. Voici d'abord l'observation en question :

Obs. Une femme de 36 ans, à sa huitième grossesse, en 1867, ne peut être délivrée que par l'embryotomie : quatorze jours après on remarque l'issue des matières fécales par le vagin ; celle-ci se fait en général trois heures après les repas. Demarquay crut, par le catéthérisme utérin sentir l'orifice anomal, il diagnostiqua une fistule iléo-utérine, et recommanda le port d'un appareil spécial. Mais en 1875, Verneuil put découvrir la fistule qui siégeait dans le cul-de sac vaginal gauche, à 2 centimètres du col ; par le toucher on pouvait nettement sentir les deux bouts et l'éperon qui les séparait. L'entérotome fut appliqué sur celui-ci, mais on ne put, comme Verneuil s'y disposait, pratiquer la suture de l'orifice : une exploration plus attentive démontra que le bout inférieur était oblitéré.

Pour ce qui est de l'étiologie et de la pathogénie de ces fistules, les données suivantes permettent d'établir qu'elles résultent :

1) De l'étranglement d'une anse intestinale dans une rupture de l'utérus ou du vagin (14 cas);

2) D'un phlegmon propagé du bassin qui a déterminé l'adhérence de l'intestin aux organes génitaux (18 cas);

3) De l'ouverture d'une grossesse extra-utérine dans l'intestin ou dans le vagin (2 cas);

4) Du cancer de l'utérus propagé au tube digestif (1 cas);

5) Dans un cas enfin l'abouchement anormal résultait de l'extirpation d'un utérus procident et de l'intestin compris dans le prolapsus.

Le siège de l'orifice anormal a été le suivant :

La communication occupait l'iléon et le vagin, dans 21 cas ; l'iléon, la vessie et le vagin, dans 2 cas ; l'iléon et l'utérus, dans 9 faits ; l'utérus et le côlon, 2 cas ; le cœcum, l'iléon et l'utérus, 1 cas ; deux fois l'utérus était le siège de l'abouchement dont l'aboutissant intestinal n'était pas spécifié ; dans deux cas il n'y avait pas de renseignement sur la situation anatomique de la fistule.

Ce sont surtout la paroi postérieure de l'utérus ou le cul-de-sac postérieur du vagin qui sont en cause. L'abouchement complet (anus contre nature) ou incomplet (fistule) est souvent entouré par des adhérences péritonéales qui sont le résultat d'une ancienne périmétrite. Assez fréquemment on observe la rétraction et même l'oblitération du bout inférieur de l'intestin.

Pour l'établissement du diagnostic il faut reconnaître, si l'orifice siège au vagin ou à l'utérus ; si c'est l'intestin grêle ou le gros intestin qui sont lésés. On aura recours pour cela aux injections colorées dans le rectum (Hufeland), à l'examen pratiqué avec des spéculums de formes diverses, avec des miroirs et même le laryngoscope (Dahlmann). Il est bien entendu impossible d'arriver à reconnaître la nature de certains faits exceptionnels comme celui de communication de l'S iliaque avec la trompe gauche, observé par Maslieurat Lagémar. — Quant à la portion de l'intestin qui est en cause elle peut être indiquée par la consistance et la coloration des matières, par les lavements, etc. Dans un cas l'issue d'ascarides par le vagin put être observé.

Des 39 faits relatés dans ce mémoire, 18 se terminèrent par la mort ; 16 par guérison, 5 furent perdus de vue. Des 18 décès, 4 étaient dus au cancer qui avait déterminé la communication ; 11 furent le résultat de

l'affection elle-même; 3 des opérations qu'elle nécessita. Le principal danger, sinon le principal inconvénient de cette variété de fistule intestinale, est l'insuffisance de l'alimentation quand l'orifice siège haut sur l'intestin.

Le traitement palliatif, indépendamment des soins de propreté, des moyens médicaux et des appareils, peut consister dans l'oblitération du vagin par la méthode de Simon.

Les moyens curatifs sont : la cautérisation et les opérations sanglantes. Nous n'insistons pas sur ces dernières qui pour chaque cas réclament presque un manuel particulier. Tantôt on peut se contenter d'un avivement et d'une suture vaginale, après un traitement préparatoire destiné à faire tomber l'éperon et à dilater le bout inférieur; — tantôt il faut avoir recours à la laparotomie, à la résection circulaire et à la suture de l'intestin.

Citons seulement parmi les moyens médicaux ou simplement hygiéniques (on pourrait les appeler physiologiques) qui peuvent amener la guérison, l'emploi de la faradisation et des injections d'ergot que recommande Petit, et l'établissement d'une nouvelle grossesse; celle-ci pourra amener l'occlusion du trajet fistuleux, ainsi que cela résulte d'un fait de Mac Keever. P. B.

I. — **Cure radicale des hernies, par Paul SEGOND** (*Thèse d'agrég., Paris*, 1883).

II. — **Ueber Endresultate der Radicaloperationen von Hernien (Résultats définitifs des opérations de cure radicale), par H. BRAUN** (*Berlin. klin. Woch., n° 4, p. 45, et 5, p. 63, 24 et 31 janvier* 1881).

III. — **Cure radicale d'une hernie inguinale énorme, par DUPONT** (*Revue médicale de la Suisse romande, I*, 257, *avril* 1881).

IV. — **De l'opération radicale de la hernie ombilicale, par V. DE MESTRAL** (*Thèse, Bâle*, 1881, *et Revue médicale de la Suisse romande, I*, 517).

V. — **Ueber radicale Heilung der Hernien (Cure radicale des hernies par les injections d'alcool), par SCHWALBE; discussion au XI^e congrès des chirurgiens allemands** (*Berlin. klin. Wochenschr., n° 25, p. 391, 19 juin* 1882).

VI. — **Die moderne Radicaloperation des Unterleibsbrüche (Opération radicale des hernies d'après les méthodes modernes), par LEISRINK** (*Hambourg et Leipzig*, 1883).

VII. — **De la cure radicale des hernies congénitales, par SONNENBURG** (*Soc. de méd. de Berlin*, 7 *novembre* 1883).

VIII. — **Case of radical cure of inguinal hernia, par James WHITSON** (*Medical Times*, 27 *janvier* 1883).

IX. — **Uno caso di cura radicale di ernia sciolta col processo del Greco, par A. CIANCIOSI** (*Imparziale, n°* 21, 1882).

X. — **Un cas de cure radicale pour épiplocèle sus-ombibicale irréductible, par J.-L. REVERDIN** (*Revue médicale de la Suisse romande, II*, 5 *janvier* 1882).

XI. — **Zur Therapie der Hernia funiculi ombilicalis (Cure de la hernie ombilicale congénitale), par G. KRUKENBERG (de Bonn)** (*Arch. f. Gynækologie, Band XX, Heft* 2).

I. — L'ouvrage de M. Segond est un traité complet de la matière. Il se compose de deux parties dont la première est consacrée à l'exposition des doctrines et des opinions, des méthodes et des procédés, des statistiques et des faits publiés : dont la seconde renferme une judicieuse appréciation de tous ces documents, et nous montre ce qu'il faut penser de la décevante promesse inscrite en tête de cette étude.

Nous ne suivrons l'auteur ni dans l'exposé de l'historique, ni dans la description des opérations et des pratiques diverses préconisées dans le but d'arriver à la guérison radicale des hernies. Il nous faut pourtant indiquer l'ordre qu'il a suivi dans l'étude de méthodes et de procédés aussi nombreux que dissemblables. Tout d'abord, après avoir envisagé sommairement les conditions anatomiques et physiologiques de la cure radicale, il se trouve conduit à parler de l'action des bandages sur la guérison définitive de certaines hernies : le seul point qu'il nous faille relever dans ces pages, c'est, ici déjà, l'incertitude du résultat définitif même chez les enfants, malgré les apparences d'une guérison parfois très durable. M. Berger, dans une statistique reproduite par l'auteur, aurait, en effet, noté bon nombre de cas où des hernies ayant disparu depuis des années à la suite de l'application méthodique et du port d'un bandage dans l'enfance, se seraient reproduites à un âge plus avancé.

Viennent ensuite les méthodes qui s'adressent exclusivement aux hernies réductibles, méthode que l'auteur divise en quatre groupes. — Dans le premier, on cherche à obtenir la mortification des enveloppes de la hernie par la ligature soit simple (Desault), soit multiple (Martin le jeune, Bouchacourt), ou par la ligature associée à la torsion (Thierry), ou bien encore maintenue avec des casseaux de bois (Chicoyne).

Le second groupe renferme les pratiques par lesquelles on cherche à déterminer un processus inflammatoire ou cicatriciel dans le sac par des injections iodées (Velpeau), l'acupuncture (Bonnet), l'introduction d'un corps étranger résorbable (Belmas), l'introduction d'un seton (Mösner), les scarifications (J. Guérin) et les injections périherniaires (Luton). De tous ces procédés, le dernier seul mérite d'être conservé actuellement. Nous y reviendrons dans la suite.

Dans le troisième groupe, la cure est produite par un bouchon organique, introduit dans le trajet herniaire et qui vient l'obturer. Il faut signaler seulement l'obturation par le testicule et l'obturation anaplastique (Dzondi, Jamieson). C'est à l'invagination de la peau que l'on a surtout eu recours, et celle-ci peut être maintenue à l'aide de sutures : procédé de Gerdy et ses dérivés (Lehmann, Bruns, Gunther, Signoroni, Maisonneuve) ou à l'aide d'un instrument spécial : procédé de Wützer et ses dérivés (Rothmund, Valette, Le Roy d'Etiolles, Langenbeck, Wattmann, Christopher, Kinlloch, Syme, Davies, Fayrer, Egea) ; enfin, l'invagination est maintenue à l'aide d'un instrument et les bords de l'orifice herniaire sont artificiellement rapprochés (Sotteau, De Roubaix).

Le quatrième groupe comprend enfin les procédés de cure radicale obtenue à la fois par l'obturation à l'aide d'un bouchon organique et par suture de l'orifice. Telle est l'opération de Wood dont les procédés d'Agnew, Chisholm, Best, Jesset, G. White, Field, Thompson et Spanton, ne sont que les dérivés.

Pour rendre intelligibles pour le lecteur des détails techniques d'une extrême complication, la description même la plus minutieuse n'eut pu suffire : Segond a pu dissiper toutes les obscurités en ayant recours à de nombreuses figures où tous les temps des principaux procédés sont successivement indiqués.

Les opérations dont on vient de lire l'énumération ne sont, à proprement parler, point des opérations sanglantes : les méthodes et procédés opératoires applicables indifféremment aux hernies réductibles et irréductibles sont, au contraire, de véritables kélotomies, auxquelles l'immunité relative assurée par les antiseptiques à l'égard de la suppuration et des complications principales des plaies, a valu un regain d'actualité depuis la publication des observations de Ch. Steele, Nussbaum et Riesel, Czerny, Schede, Socin. Reverdin, l'auteur d'une ingénieuse modification opératoire, rattache à trois types principaux les diverses méthodes modernes de la cure radicale faite par l'ouverture du sac : tantôt l'on fait la ligature ou la suture du collet avec ou sans extirpation du sac (procédés de Nussbaum et Riesel) ; tantôt on ligature ou l'on suture le collet en suturant l'anneau, la porte herniaire elle-même, et cela avec ou sans extirpation du sac (procédé de Czerny) ; enfin, on peut se borner à ouvrir le sac et à le drainer ainsi que le fait Schede. Quant aux moyens mis en usage pour suturer les anneaux, le collet et le sac, ils ont varié avec les chirurgiens et indépendamment des chirurgiens dont nous venons de mentionner le nom, il nous faut signaler ici Reverdin et Julliard de Genève, auxquels on doit quelque perfectionnement de la technique opératoire.

Quittons cette énumération aride pour arriver à la partie vraiment personnelle de ce travail, à l'appréciation des résultats opératoires et des méthodes de cure radicale. Celle-ci nous conduit, avec l'auteur, à une constatation assez décourageante : aucune de ces opérations ne garantit ni même n'atteint habituellement la réalisation de son but ; la cure radicale des hernies, au sens absolu du mot, n'existe pas en réalité : et comment pourrait-il en être autrement puisque l'on a vu que des hernies dans les meilleures conditions de curabilité, petit volume, jeune âge du sujet, bonne contention habituelle par un bandage, réapparaissent souvent de longues années après qu'on les a crues définitivement guéries ?

Prenons pour exemple les procédés presque sans nombre, qui s'appliquent uniquement aux hernies réductibles. Le meilleur d'entre eux, celui de Wood, a donné à son auteur, sur 250 opérations, un seul cas de mort par tétanos, et un immense nombre de succès dont une cinquantaine a pu être constatée encore après un laps de temps variant de 2 à 25 ans. Mais si, pour cette opération comme pour la méthode des injections périherniaires d'eau salée de Luton, on peut admettre un certain nombre de succès réels, il faut observer que ceux-ci s'observent dans les conditions suivantes : sujets jeunes, hernies récentes et peu volumineuses ; c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables à la cure par les bandages. Dans ces conditions il faut conclure avec Segond, que le traitement par les bandages doit l'emporter sans hésitation sur les opérations qui, toutes, peuvent tuer sans mettre sûrement l'opéré à l'abri de la récidive.

Les méthodes modernes s'appliquant aux hernies irréductibles de

même qu'aux hernies réductibles, sont encore plus passibles de cette objection. Les statistiques de Lesrink, de Benno Schmidt indiquent, en effet, un chiffre redoutable de mortalité (20 0/0). Elles peuvent donc tuer ; elles ne mettent pas à l'abri de la récidive : Les autopsies, en effet, ont fait voir qu'à la suite de leur emploi, le trajet herniaire n'était souvent qu'incomplètement oblitéré (Schede, Riesel, Czerny) et que le péritoine y pénétrait encore plus ou moins.

Cette méthode a pourtant un avantage réel quand elle s'applique aux hernies partiellement irréductibles et incoercibles : elle permet une meilleure contention par les bandages.

Aussi peut-on en conclure avec l'auteur : « Dans certaines conditions exceptionnelles, lorsque l'on aura épuisé avec habileté et persévérance toutes les ressources fournies par les bandages, l'incoercibilité complète ou la mauvaise contention avérée d'une hernie pourront autoriser l'intervention chirurgicale. » De même « dans les hernies irréductibles et non étranglées, l'intervention chirurgicale sera de mise quand les inconvénients du mal seront proportionnels aux dangers de l'opération et que la réduction n'aura pu être obtenue autrement. » Telles sont les deux seules indications que l'auteur reconnaisse à l'opération de la cure radicale pour les hernies non étranglées.

Pour ce qui est du choix des procédés opératoires, l'auteur rejette les sutures et les invaginations, d'une exécution difficile, compliquée et qui réclament une habileté et même une habitude toute spéciale : et après avoir donné la préférence aux méthodes modernes, il tire des faits la conclusion que l'extirpation du sac et la ligature du collet ainsi que la suture des anneaux, parfaitement indiquées pour les hernies crurales et surtout ombilicales qui répondent aux indications précédentes, doivent être rigoureusement exclues de la cure des hernies inguinales où leurs dangers l'emportent sur leurs avantages.

Reste la question de la cure radicale à la suite de l'opération de la hernie étranglée. Ici l'embarras n'est plus le même, l'opération sanglante étant indiquée par des nécessités de premier ordre. Segond ici encore conseille néanmoins de se borner pour les hernies inguinales à réséquer les parties flottantes du sac, et il réserve la ligature et l'excision du sac aux hernies ombilicales et aux hernies crurales où ce dernier ne présente pas avec les plans environnants, des adhérences intimes.

Plusieurs tableaux synoptiques renfermant, en abrégé, des centaines d'observations de cure radicale, terminent cette longue étude qui nous paraît avoir lumineusement résumé et judicieusement tranché un long débat que de nouveaux faits seuls peuvent désormais rouvrir.

PAUL BERGER.

II. — Czerny a tenté 19 fois la cure radicale de hernies sur 16 malades : 13 fois pour des hernies inguinales, dont 3 étaient doubles ; 1 fois pour hernie crurale et 2 fois pour hernies graisseuses de la ligne blanche.

L'indication opératoire était 6 fois un étranglement, 5 fois des hernies incoercibles, 3 fois des hernies irréductibles et 2 fois des fistules stercorales dans le sac herniaire.

En laissant de côté un enfant qui a succombé à des convulsions, voici quelle a été la nature de l'opération pratiquée :

1° La ligature de la totalité du collet avec suture de l'orifice herniaire

a été faite dans 9 hernies inguinales et dans les 2 hernies graisseuses. Le sac fut ouvert, lavé à l'eau phéniquée et drainé. Une seule fois, il fut extirpé.

6 opérés ont guéri par première intention dans un laps variable de 6 à 10 jours.

4 après une suppuration de 14 à 39 jours.

1 a succombé à l'infection purulente.

Les 10 guéris furent renvoyés avec un bandage. Chez 6 adultes opérés de hernies inguinales, il survint au bout d'un certain nombre de mois ou même d'un an une récidive locale peu considérable et pouvant être facilement maintenue par un brayer.

Les 2 adultes opérés de hernies graisseuses furent définitivement guéris.

Chez une femme qui succomba à une pneumonie deux mois et demi après l'opération, on ne trouva à l'autopsie aucune trace d'orifice herniaire ni d'infundibulum péritonéal.

L'enfant (âgé de 18 mois) était encore radicalement guéri 3 ans après l'opération.

2° La ligature partielle du sac avec suture de l'orifice herniaire fut faite chez 2 enfants, où le sac herniaire était très mince. Ils guérirent de l'opération en 24 et 30 jours, mais tous deux eurent une récidive. Chez l'un elle se montra au bout de quelques mois et disparut à la suite d'un bandage porté pendant 10 mois. Chez l'autre, sous l'influence d'un bandage, elle disparut également pendant un an, si bien qu'on eût pu croire à une guérison définitive; mais dans le cours d'une coqueluche, la hernie se reproduisit.

3° La fermeture de l'orifice herniaire seul a été faite dans 4 opérations : chez un adulte où le sac manquait, chez un autre où le sac dut être repoussé partiellement dans la cavité abdominale pour pouvoir réduire la hernie, enfin, chez deux enfants où le sac était mince et fragile.

Tous guérirent du 14e au 51e jour. Chez l'adulte qui avait une hernie colossale dont le sac fut rentré en partie, la récidive apparaissait quelques semaines après. Chez celui où la hernie n'avait pas de sac, la récidive n'eut lieu qu'au bout de 1 an. En outre, chez tous deux se développa une hernie dans l'autre aine et même une hernie ombilicale chez le dernier.

La guérison définitive des deux enfants fut constatée pour l'un 19 mois et pour l'autre 34 mois après l'opération.

4° La ligature du collet seul n'a été pratiquée qu'une fois : Il y eut récidive peu considérable.

En résumé, on voit que chez tous les adultes à l'exception des 2 hernies graisseuses, il y a eu récidive. Les résultats ont été un peu meilleurs chez les enfants en bas âge, mais ici le pansement antiseptique est d'une exécution plus difficile.

Braun conclut que chez les adultes, la cure radicale n'est légitimée qu'en cas de hernie étranglée, parce qu'alors elle n'augmente pas les chances de mort.

Contrairement à d'autres chirurgiens, il estime que, pour le résultat final de l'opération, la réunion du sac par première intention est préférable à sa suppuration.

III. — La tumeur descendait jusqu'aux genoux et empêchait tout travail. Opération antiseptique qui dura deux heures et un quart. *Le testicule droit dut être enlevé en énucléant le sac.* Vers la fin de l'opération survint un collapsus qui empêcha de la compléter par l'excision totale des téguments scrotaux. L'écartement des piliers n'était pas aussi considérable qu'on l'aurait cru. Avant de suturer, Dupont a agrandi l'ouverture pour lier plus profondément le collet et éviter la formation d'un infundibulum.

La convalescence fut régulière, *à part la gangrène de la peau du scrotum* survenue le 5e jour et qui en nécessita l'ablation.

A l'avenir, l'auteur se propose pour remédier à la faiblesse consécutive des parois abdominales, d'établir un clayonnage au moyen d'anses de catgut. L'excision complète du sac avec celle de la peau du scrotum lui paraît préférable, parce qu'alors on a une plaie plus facile à réunir.

IV. — Ce travail est basé sur 2 opérations heureuses faites par Socin chez des femmes d'une quarantaine d'années.

Les points essentiels de la méthode opératoire suivie sont : l'ablation totale du sac herniaire, l'excision de l'épiploon adhérent préalablement divisé en tronçons, au moyen de fils de soie, la réduction des pédicules dans l'abdomen, l'avivement et la suture de l'anneau ombilical, l'application de 3 plans de sutures, le premier sur le péritoine, le deuxième sur l'anneau et le dernier sur la peau.

V. — Schwalbe confirme les résultats annoncés au précédent congrès, en apportant 34 nouveaux faits de guérison radicale de hernies par les njections d'alcool au pourtour de l'anneau.

Dans la discussion, Ranke et Gussenbauer déclarent avoir constaté les bons effets de cette médication qui amène un rétrécissement de l'anneau, mais ils ajoutent que la durée des observations n'est pas encore assez prolongée pour autoriser un jugement définitif. J. B.

VI. — Dès l'avant-propos de son travail, l'auteur résume l'impression que lui laisse l'étude de 390 opérations radicales de hernies qu'il a réunies dans la littérature. Voici comme il s'exprime : « Quant à la cure radicale « de l'affection, nous ne sommes guère plus avancés que nos prédécesseurs, mais nous réussissons à rendre mobiles des hernies adhérentes « irréductibles et partant à permettre de travailler à de malheureux invalides. »

Leisrink a séparé en 2 catégories les opérations suivant qu'elles ne faisaient que suivre la libération d'une hernie étranglée ou qu'au contraire, elles étaient pratiquées sur des hernies non étranglées, car le pronostic en est bien différent.

202 malades ont subi la cure radicale de hernies non étranglées, 15 ont succombé dont 2 par septicémie. La mortalité est la plus considérable avant l'âge de 5 ans et à partir de 60 ans. Il n'y a eu que 3 cas de péritonite peu grave.

On n'a pas observé de récidives dans 35 pour cent des cas ; 80 pour cent des récidives elles-mêmes constituaient une amélioration essentielle sur l'état antérieur.

Malheureusement, la guérison radicale n'a été contrôlée au bout d'un temps un peu notable que pour 15 opérés.

Leisrink conclut : Les hernies mobiles, qu'un bandage peut contenir et qui n'occasionnent pas de sérieuses souffrances, ne doivent pas être opérées surtout chez les vieillards. En revanche, les hernies adhérentes

qui, soit par leurs dimensions, soit par les douleurs qu'elles causent, rendent les malades invalides, peuvent être l'objet d'une cure radicale à condition d'avertir les opérés qu'ils devront continuer à porter un bandage.

Leisrink n'a pas trouvé, contrairement à d'autres auteurs, que la cure radicale donnât des résultats plus favorables chez les enfants que les adultes.

Sur 188 opérés pour des hernies étranglées, 33 sont morts dont 6 de septicémie. En cas de herniotomie, la cure radicale paraît toujours indiquée à Leisrink, de péritonite suppurée ou sauf dans le cas de gangrène de l'intestin.

Dans la seconde partie de son travail, Leisrink expose à propos de chaque variété de hernies, les différents procédés opératoires.

Pour les hernies inguinales, il donne la préférence au procédé de Risel : incision du canal, extirpation du sac herniaire à son origine, avivement des lèvres du canal inguinal qu'on suture étroitement autour du cordon spermatique. La méthode de Czerny (ligature du collet du sac, suture de l'orifice herniaire) lui paraît la moins sûre dans ses résultats.

Pour les hernies crurales, Leisrink préconise le procédé de von Nussbaum (ligature du sac attiré au dehors, puis extirpation).

Pour les hernies ombilicales ventrales, c'est encore l'extirpation du sac et éventuellement celle de la peau amincie qui est préférable.

Leisrink cite 4 cas où les malades ayant succombé après guérison de la plaie opératoire à une maladie quelconque, on a pu examiner le nouvel état des choses. J. B.

VII. — L'auteur, qui est partisan de l'opération de la cure radicale chez les enfants, insiste sur la nécessité de conserver le testicule dans l'opération des hernies congénitales. On ne doit se laisser guider ni par la crainte de la gangrène du testicule consécutive à la ligature des vaisseaux spermatiques, crainte illusoire suivant lui, ni par la considération que le testicule devant s'atrophier à la suite de l'opération, deviendra inutile et dès lors peut être enlevé sans danger. Sonnenburg pense que l'on peut, même chez l'enfant, isoler suffisamment les vaisseaux spermatiques, disséquer, puis réséquer tout ce qu'on peut du sac, et faire une suture.

Pour infirmer l'opinion trop favorable de l'auteur précédent, Hahn, qui en trois ans et demi a pratiqué 98 ouvertures de hernies (dont 18 seulement pour des hernies étranglées), cite un fait où la ligature du collet d'une hernie inguinale amena la gangrène du testicule. Il donne la préférence à la suture intérieure multiple du sac (procédé de Julliard). P. B.

VIII. — L'opérateur, après avoir divisé les tissus jusqu'au sac, dont il extirpe une partie, rapproche les piliers de l'anneau au moyen d'une suture au catgut chromiqué (chromicised). Guérison chez un homme de 56 ans.

IX. — Une jeune fille de 28 ans, portant une hernie crurale grosse comme une orange et qui ne pouvait être contenue par aucun bandage. A. Cianciosi procéda à la cure radicale de la façon suivante : ayant découvert le sac, il l'invagina, après avoir réduit son contenu dans l'abdomen; puis, tandis que le doigt de la main gauche maintenait le sac herniaire refoulé, avec la main

droite, l'opérateur pratiqua la suture de l'orifice et du trajet herniaire : 15 mois plus tard, la guérison était encore complète.

L'*Imparziale* fait honneur de ce procédé à del Greco qui l'aurait en 1880 pratiqué sur une chienne de la race des *pointers*. P. B.

X. — *Cure radicale d'une épiplocèle sus-ombilicale.* Jeune homme de 17 ans, débile, ayant des intermittences cardiaques. A un centimètre au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane, se voit une petite tumeur de la grosseur d'une cerise, élastique, très douloureuse à la pression, irréductible. Les selles sont régulières. Pas de vomissement, mais à chaque effort, après les repas, le malade éprouve des douleurs abdominales avec tiraillement au creux de l'estomac.

Le caractère de ces douleurs porte Reverdin à diagnostiquer une épiplocèle, par opposition à une hernie graisseuse de la ligne blanche.

Opération sans anesthésie. Incision semi-lunaire à convexité supérieure. Au-dessous du tissu cellulaire, se trouve un sac très mince, renfermant un petit peloton épiploïque, lâchement adhérent et se continuant dans l'abdomen par un mince pédicule. R... étreint la base du peloton avec du catgut et le résèque. Il rentre ensuite le pédicule et passe un point de catgut à travers les lèvres de l'anneau qui a environ un demi-centimètre de diamètre.

Suites de l'opération très simples, sans fièvre. Un mois plus tard, le malade revu ne ressent aucune douleur et peut travailler sans gêne. On ne sent aucune impulsion, ni aucun orifice au niveau de l'ancienne hernie. J. B.

XI. — L'auteur divise les hernies ombilicales en petites et grosses. Pour les premières l'expectation, c'est-à-dire la réduction avec bandage compressif paraît préférable à l'intervention chirurgicale : c'est le plus souvent à la ligature modifiée du sac, que l'on a eu recours, et les résultats n'ont pas été satisfaisants. Pour les grosses hernies, réductibles, l'expectation ne convient pas mieux que la ligature. La meilleure méthode est d'ouvrir le sac après avoir réduit la hernie, de pratiquer l'ablation du sac, d'aviver les bords de la plaie et de faire une suture régulière avec les précautions antiseptiques. L'auteur a réussi par cette méthode dans un cas où le sac herniaire adhérait à l'épiploon et au foie. L'opération fut pratiquée 14 heures après l'accouchement. Les adhérences du sac (péritoine et amnios) avec le foie mesuraient 2 centimètres carrés ; elles furent isolées et abandonnées dans l'abdomen avec le foie. Dix points de suture avec la soie furent appliquées sur la plaie abdominale ; les vaisseaux ombilicaux furent liés à part, et sectionnés au-dessus de la ligature.

La plaie, de forme linéaire, mesurait 4 centimètres 1/2. Ouate salycilée, maintenue par un pansement au diachylum. Absence presque complète de réaction fébrile. Au bout de 3 semaines, la cicatrice linéaire ne mesurait que 2 centimètres. Application d'un bandage élastique.

H. DE BRINÓN.

**Exstrophie complète de la vessie chez une jeune fille, par Paul BERGER** (*Gazette des hôpitaux*, 20 *février* 1883).

Le sujet de cette observation est âgé de 14 ans. Il présente à l'hypogastre une tumeur arrondie, à surface rouge, muqueuse mamelonnée, cutanisée pourtant par places, en d'autres excoriée et couverte de croûtes fétides. Deux mamelons d'apparence granuleuse et comme framboisés existent à la partie inférieure de la tumeur et donnent issue à un suintement d'urine continuel

par un orifice qu'il est très difficile de trouver. Après quelques recherches Berger y introduisit un stylet, mais cette exploration fut suivie de fièvre, de vomissements, de maux de reins violents : c'est bien là l'orifice des uretères; la tumeur est formée par la vessie exstrophiée.

L'ombilic fait défaut : la peau autour de la tumeur présente un aspect cicatriciel qui a été signalé par M. de Quatrefages. A sa partie inférieure et postérieure, la surface verticale se continue avec une surface rose qui est la fourchette vulvaire; de part et d'autre de la tumeur se voient les grandes lèvres, les petites lèvres et les rudiments du clitoris, complètement séparés en deux moitiés déjetées à droite et à gauche vers la saillie formée par le corps du pubis. — La symphyse pubienne manque, et l'écartement du pubis atteint le chiffre exceptionnel de 14 centimètres.

A l'examen, le sujet est évidemment une femme dont il présente tout l'habitus extérieur (seins développés, forme de membres, peau et cheveux); pourtant il a été inscrit comme appartenant au sexe masculin sur les registres de l'état civil; le toucher rectal permet de déterminer l'existence d'un utérus rudimentaire, et sur la fourchette se trouve l'orifice d'un petit canal qui aboutit à l'utérus et représente évidemment le rudiment du vagin. L'anus est normal mais se trouve reporté un peu en avant.

Malgré l'écartement des ischions, la marche qui est vacillante, se fait assez bien et peut être soutenue longtemps. — Il n'y a pas encore eu de menstruation. Les urines sont fétides, troubles, et présentent les caractères que l'on trouve dans les cystites chroniques; c'est bien d'une cystite chronique qu'est atteinte en effet la surface vésicale. Elles s'écoulent continuellement, et il n'y a pas traces de cette *sphinctérisation* des uretères qui a été parfois observée.

La malade qui ne fut soumise à aucune opération, partit avec un urinal à cuvette grâce auquel presque tous les inconvénients fonctionnels de son imperfection physique purent être palliés.

Berger entre, à l'occasion de ce fait, dans des développements étendus sur l'exstrophie de la vessie, son origine, ses caractères anatomiques, les troubles qu'elle détermine. — Ces considérations ne font que reproduire les données classiques qu'il a empruntées, en partie à la thèse de Herrgott et à celle d'un élève de M. Le Fort, Valdivieso. A. C.

---

# OPHTALMOLOGIE.

**On the causation of myopia, par David HUNT** (*New York medical journal*, 10 *mars* 1883).

L'auteur commence par révoquer en doute l'influence actuellement admise de la vision de près et de l'hérédité sur le développement de la myopie. Il cherche ensuite à expliquer celle-ci, de même que les autres anomalies de réfraction, par des variations dans le développement embryogénique. Voici le résumé de sa théorie : le cerveau et l'œil, qui en est une dépendance, prennent chez l'homme civilisé un accroissement tout à fait disproportionné; or, ces parties d'origine épiblastique sont environnées de tissus émanés du mésoblaste dont ils influencent certai-

nement le développement; de même que l'évolution des méninges et des parois crâniennes est commandée par celle des hémisphères, de même l'accroissement de la sclérotique et de ses annexes doit être sous la dépendance du développement de la vésicule oculaire : il est donc facile de concevoir que la croissance rapide et précoce de celle-ci empiète plus ou moins sur l'évolution des enveloppes de l'œil et, troublant la disposition des couches embryonnaires qui leur donnent naissance, aboutisse à produire des variations dans leur texture et dans leur épaisseur, d'où les variétés de forme et de résistance du globe oculaire complet, variétés qui déterminent, comme on le sait, les diverses anomalies de réfraction (myopie, hypermétropie, astigmatisme). H. B.

**The influence of college life on refraction, par Hasket DERBY** (*New-York med. journal*, 28 *juillet* 1883).

L'auteur a pu suivre pendant quatre années 254 jeunes gens, la plupart âgés de 19 ans à leur entrée dans l'institution, de 23 ans par conséquent à leur sortie. Voici les résultats de l'examen des yeux au point de vue de la réfraction :

| | A l'entrée. | A la sortie. |
|---|---|---|
| Hypermétropes | 39 | 47 |
| Myopes | 90 | 120 |
| Emmétropes | 125 | 87 |

Parmi les 39 cas d'hypermétropie constatés à l'entrée, 1 s'est transformé en myopie, 2 ont diminué, 27 sont restés stationnaires et 7 ont augmenté. Parmi les 90 cas de myopie, 32 sont restés stationnaires et 58 ont augmenté. Parmi les 125 emmétropes, 10 sont devenus hypermétropes et 29 sont devenus myopes ; 87 seulement ont conservé leur réfraction intacte. Ceci démontre que la myopie peut se développer aux environs de 20 ans sous l'influence des mêmes causes qui la font naître chez les enfants. H. B.

**Ein seltener Fall von Osteom der Orbita (Un cas rare d'ostéome de l'orbite), par Jos. IMRE** (*Centralb. für Augenheilk.*, *février* 1882).

Une femme de 64 ans, portait depuis 42 ans une tumeur à l'œil gauche ; sauf la difformité qui en résultait, la tumeur ne causait pas grande gêne à la malade ; le volume était celui d'un poing ; elle s'implantait à la partie supérieure de l'orbite, surtout au côté interne, faisait saillie sous la paupière supérieure fortement œdématiée, et le globe de l'œil était repoussé en bas, de telle sorte que la cornée était à peu près à la hauteur de l'angle des lèvres ; l'œil est légèrement aplati, la conjonctive un peu rouge et gonflée ; au tiers inférieur de la cornée est une cicatrice, probablement consécutive à une kératite neuro-paralytique ; la pupille réagit peu ; le globe de l'œil est immobile, sauf quelques légers mouvements de latéralité ; la ligne visuelle est dirigée en bas et fait un angle très aigu avec le plan de la face ; malgré cela, l'acuité visuelle est assez bien conservée ; la malade distingue les doigts à une distance de 5 !

Un beau jour, la tumeur devient mobile ; on retarde son ablation ; et un an plus tard, elle tombe spontanément à travers une vaste ulcération de la peau.

La tumeur pesait environ 250 à 300 grammes ; c'était un ostéome qu'on ne put étudier plus minutieusement, et qui mesurait environ 8 centimètres 1/2 transversalement, et 6 centimètres 1/2 d'avant en arrière ; l'auteur pense que la tumeur avait pris naissance dans les sinus frontaux. L'œil reprit sa place normale, mais l'acuité visuelle ne fut pas améliorée. ROHMER.

**Un cas de tuberculose conjonctivale, par V. MILLIGAN** (*Centrabl. für prakt. Augenheilk., juillet* 1882).

Aysché, jeune fille Turque de 11 ans, bien portante, sans antécédents héréditaires, se présente à la clinique pour une maladie de l'œil droit. L'œil gauche est sain.

La paupière inférieure droite est un peu épaissie, sans rougeur ; la supérieure est normale. Sur la conjonctive palpébrale inférieure, du côté externe, est une petite tumeur granuleuse, de la grosseur d'un pois, molle, saignant au toucher, de couleur rouge clair ; elle adhère à la conjonctive par un pédicule épais de 2 millimètres. Le reste de la conjonctive, aussi bien sur l'œil que sur la paupière, est injecté et fongueux, comme dans le catarrhe aigu, avec sécrétion abondante. On enlève la petite tumeur, et à son point d'insertion on découvre une petite fistule qui donne accès dans une petite cavité, de laquelle la pression fait sortir un contenu gélatineux. Lavages de la conjonctive avec solution de nitrate d'argent à 1/100. Guérison au bout d'un mois. Diagnostic ; chalazion de la paupière inférieure, avec fistule ; granulations conjonctivales ; catarrhe secondaire.

Un an après, on retrouve la malade dans l'état suivant : mieux portante et plus développée que l'année précédente. La paupière inférieure droite est fortement épaissie ; en la renversant, on constate les lésions suivantes : vers la partie externe, à l'endroit où s'implantait le chalazion, se trouve une masse proéminente, très rouge, saignant facilement, analogue à des bourgeons charnus, et s'implantant largement sur la partie superficielle de la conjonctive ; cette végétation va de l'angle des paupières au milieu de la paupière inférieure, et du bord ciliaire jusqu'à la conjonctive bulbaire qu'elle envahit légèrement. La moitié inférieure de la conjonctive bulbaire, était recouverte de nombreux petits tubercules transparents, arrondis, jaune-rougeâtre ; chacune de ces petites tumeurs mesure environ 2 à 3 millimètres de diamètre. Sur la conjonctive palpébrale supérieure, on remarque trois autres tubercules isolés. La conjonctive en masse est fongueuse, blennorrhéique, et sécrète abondamment du pus. Sur le segment externe de la cornée, à 3 millimètres du bord, est une infiltration grisâtre, qui envahit toute l'épaisseur du parenchyme ; un paquet assez épais de vaisseaux conjonctivaux et épisclérieux va rejoindre l'opacité cornéenne. Tout le segment externe de la cornée est le siège d'un pannus plus ou moins développé, et infiltré dans toute son épaisseur par de petites opacités grosses comme des têtes d'épingle.

Photophobie et larmoiements assez intenses.

Ganglion engorgé et douloureux, au devant de l'oreille droite ; les ganglions sous-maxillaires sont plus développés à droite qu'à gauche.

Le microscope permit de conclure à une tuberculose conjonctivale.

Abrasion avec la cuiller tranchante, jusqu'aux tissus sains, cautérisation avec sulfate de cuivre pur, puis lavage avec une solution de chlorure de sodium. On continua les cautérisations pendant trois semaines ; pendant ce temps la cornée s'éclaircissait, et après un demi mois de traitement la malade put quitter l'hôpital.

La guérison s'était maintenue, 6 mois après ; léger symblépharon postérieur, mais ne gênant pas notablement les mouvements de l'œil.

C'est le seul cas de ce genre, que l'auteur ait pu voir en 11 ans, sur un chiffre de 20,000 malades. ROHMER.

**De l'inoculation purulente dans le traitement des granulations de la conjonctive et de la cornée, par TERRIER** (*Revue de chirurgie, février* 1882).

Après avoir passé en revue les cas dans lesquels on a employé ce moyen thérapeutique, M. Terrier rapporte une observation fort intéressante, dans laquelle l'inoculation du pus de l'ophtalmie des nouveau-nés a été suivie de succès. De l'analyse des faits déjà publiés, du résultat personnel qu'il a obtenu, l'auteur tire les conclusions suivantes :

L'inoculation purulente est une bonne méthode de traitement des anciennes granulations conjonctivales avec pannus.

Elle est indiquée quand on a affaire à un pannus complet et épais. Les ulcérations de la cornée, un pannus incomplet ou tenuis, restent jusqu'ici des contre-indications à l'inoculation.

Le pannus granuleux ou non et monoculaire est justiciable de l'inoculation à la condition de préserver l'œil sain avec le plus grand soin, ce qui est possible.

Le pus à inoculer est celui de l'ophtalmie des nouveau-nés : s'il échoue on est autorisé à prendre du pus de conjonctivite blennorragique ou du pus de blennorragie uréthrale.

L'ophtalmie doit être non pas jugulée, mais traitée méthodiquement, afin d'éviter des accidents du côté de la cornée.

Pour parfaire la guérison, il est fréquemment indiqué d'instituer un traitement rationnel, comme des cautérisiations au sulfate de cuivre, au nitrate d'argent, l'emploi de la pommade au précipité jaune hydraté, la poudre de calomel en insufflations, etc.

Exceptionnellement, on aura recours à une nouvelle opération, comme la péritomie ou l'iridectomie. OZENNE.

**Kaustische Wirkung eingepuderten Calomels auf die Augenbindehaut (Effets caustiques du calomel déposé sur la conjonctive), par GOLDSCHNEIDER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 12, *p.* 651, 15 *octobre* 1883).

Chez deux malades atteints l'un de conjonctivite phlycténulaire, l'autre de conjonctivite chronique, et traités par les applications de poudre de calomel, l'auteur a vu survenir dans le cul-de-sac inférieur de la rougeur et des fausses membranes.

La pureté du calomel employé a été vérifiée chimiquement et microscopiquement. Les deux malades ne prenaient aucun autre médicament et notamment point d'iode (*R. S. M.*, XV, 646).

A titre d'expérience, Goldschneider a déposé du calomel en un point limité du cul-de-sac conjonctival de l'œil sain du premier de ses patients. Au bout de trois applications, il se développait une pseudomembrane.

L'examen microscopique a montré que ces membranes se composaient de cellules épithéliales présentant un trouble granuleux et une dégénération graisseuse ; il s'y trouvait en outre des gouttelettes graisseuses, des aiguilles de margarine, des grains de calomel et des détritus. En

résumé, il s'agissait donc d'une élimination d'épithélium mortifié par inflammation.

L'auteur a vainement recherché la présence de bichlorure de mercure dans les membranes et dans la sécrétion lacrymale (dont la teneur en chlorure était normale). Ce résultat négatif s'explique parce que le sublimé est résorbé à l'état naissant ou contracté immédiatement avec l'albumine des composés que ne décèlent pas les réactifs ordinaires.

Néanmoins, c'est à une transformation de protochlorure en bichlorure au contact du chlorure de sodium des larmes, qu'il rattache ces effets caustiques comme la seule explication possible.

L'un et l'autre malade offraient d'ailleurs un ensemble de conditions favorables au séjour prolongé du calomel sur le lieu de son application : desquamation épithéliale tenant à l'inflammation antérieure, faible sécrétion lacrymale, amplitude du cul-de-sac conjonctival, immobilisation de l'œil par un bandage. J. B.

**Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés par l'acide phénique, par ESCALAIS** (*Thèse de Paris, juillet* 1883).

L'auteur, se fondant sur les inconvénients du traitement de cette ophtalmie par le nitrate d'argent, propose de remplacer ce caustique par l'acide phénique. Cette méthode consiste à faire des lavages plus ou moins fréquents suivant l'intensité de l'inflammation et l'abondance de la suppuration avec une solution à 1/300 d'acide phénique et d'eau tiède. Elle aurait donné de très bons résultats, mais nous ne la croyons pas appelée à détrôner l'ancienne méthode dont les inconvénients ne semblent pas bien effrayants. A. TROUSSEAU.

**Ueber das Ausfeiten der Verengerungen des Nasen-Thräuenkanals zur Heilung der cronischen Dacryocystitis (De l'évidement par grattage des rétrécissements du canal nasal, pour la guérison de la dacryocystite chronique), par TARTUFERI** (*Centralbl. f. praktis. Augenheilk., septembre* 1883).

Les moyens employés jusqu'ici pour rétablir le calibre normal du canal, sont le cathétérisme progressif ou forcé, et l'incision. L'auteur croit plus rationnel d'enlever le tissu de néoformation qui constitue le rétrécissement. Pour cela, il se sert d'un instrument composé d'une tige d'acier mesurant 1 millimètre d'épaisseur, et portant à l'une de ses extrémités deux olives, l'une de 3/4 de millimètre, l'autre de 2-3 millimètres de diamètre; cette dernière est recouverte de cannelures tranchantes en spirale. Le manche a 4 millimètres de diamètre, et est cannelé aussi, afin de permettre de le tourner entre les doigts suivant son axe. Pour pratiquer l'opération, on incise la partie supérieure du canal lacrymal, on l'élargit avec la sonde de Bowmann n° 1, puis on introduit les olives. Arrivé au niveau du rétrécissement, on fait subir à l'instrument des mouvements de rotation suivant l'axe, en même temps qu'on l'attire et le repousse plusieurs fois. Le traitement consécutif doit être fait avec des sondes en baleine, pour agir sur la muqueuse du sac. Hémorragie insignifiante, une ou deux gouttes de sang; une fois, 30 à 40 gouttes; peu de douleur qui persiste à peine pendant un jour. Le lendemain de

l'opération, l'écoulement des larmes était, chez tous les opérés, notablement diminué. ROHMER.

**Ausgedehnte Apoplexie der Hornhaut (Apoplexie étendue de la cornée), par MAYERHAUSEN** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *septembre* 1883).

Un individu reçoit de la chaux éteinte dans les deux yeux; hypérémie notable des conjonctives, cornées blanches à travers lesquelles il n'est même pas possible de voir la pupille; elles finissent cependant par s'éclaircir à tel point que le patient distingue les doigts à une distance de 2 mètres et que la pupille est redevenue visible. Quelques jours après avoir quitté la clinique, le malade revient, accusant des douleurs plus fortes, avec une infiltration parenchymateuse de la cornée, et une vascularisation intense de cette membrane.

Atropine et cataplasmes ; après 5 jours de ce traitement, on remarque un aspect particulier de la cornée, qui offrait une coloration rouge dans toute sa moitié inférieure, et donnait l'idée d'un hypohéma; mais l'éclairage permet de voir nettement que le sang est épanché dans la cornée elle-même. C'était la couche de Bowmann qui était décollée, et formait une couche que l'on pouvait mobiliser avec la soude. Bandeau compressif qui fait disparaître le sang au bout de deux jours, et favorise l'adhésion de la lame cornéenne décollée.

Il n'existe qu'un cas de cette nature ; il est de Schmidt-Zimpler, publié dans *Klin. Monatsbl. f. Augenh. Jahrg.*, XIII, p. 317. ROHMER.

**Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise, par COUZON** (*Thèse de Paris*, 1883).

Pour le Dr Couzon la kératite interstitielle relève le plus souvent de la syphilis héréditaire tardive. C'est un excellent signe de diagnostic.

Quand un sujet atteint de kératite interstitielle se présente avec un facies scrofuleux, il ne faut pas s'arrêter à cette première apparence mais rechercher soigneusement les altérations dentaires presque pathognomoniques de la syphilis (dents d'Hutchinson, molaires en gâteau de miel, en plateau), la surdité, les lésions osseuses, les cicatrices, etc. ; les antécédents, les fausses couches chez la mère, la mortalité des enfants. Il est bon de remarquer que la syphilis héréditaire tardive prend souvent le masque de la scrofule.

La kératite interstitielle peut être congénitale.

La syphilis acquise se l'approprie aussi quelquefois, c'est alors un accident secondo-tertiaire.

L'iodure de potassium est le meilleur résolutif de cette infiltration cornéenne. Il faut aussi employer l'atropine et la chaleur. A. TROUSSEAU.

**Le diabète dans ses rapports avec les lésions des membranes externes de l'œil, par COUNDOURIS** (*Thèse de Paris*, 1883).

La kératite et l'iritis diabétiques se développent sous la même influence que la cataracte et la rétinite diabétiques. Elles ne sont pas dues à l'état de consomption du malade et prennent naissance indifféremment tantôt dans la première période du diabète, tantôt pendant la seconde.

On rencontre plus souvent la kératite suppurative que tout autre lésion.

Quand il y a iritis il se produit presque toujours en même temps des hémorragies dans les différentes membranes de l'œil. La kératite suppurée est justiciable d'une intervention chirurgicale qui est, au contraire, contre-indiquée dans l'iritis diabétique. A. TROUSSEAU.

**Sull'anatomia patologica della cornea nel glaucoma par Ferruccio TARTUFERI** (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino, mai-juin* 1882).

Cet important travail d'histologie pathologique peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Le rétrécissement apparent de l'aire cornéale dans le glaucome est dû à l'empiètement du tissu conjonctif du limbe qui s'avance entre la membrane élastique et l'épithélium.

2° L'apparence de verre soufflé que prend la cornée résulte de la présence de gouttelettes de liquide entre les pieds des cellules épithéliales profondes, d'où la dilatation du système interciliaire.

3° Le trouble que peut présenter la cornée pendant l'attaque glaucomateuse est le résultat d'un œdème de ses couches antérieures.

4° L'aspect dépoli est l'effet de la production de vacuoles diffuses entre les cellules épithéliales par suite de la dilatation énorme des espaces interciliaires.

5° L'inégalité de surface de la cornée peut, dans quelques cas, tenir à la chute de petits groupes de cellules épithéliales, laissant à découvert la membrane élastique antérieure.

6° Les dépôts transparents d'aspect gélatineux qu'on observe sur la cornée sont constitués par une couche conjonctive de nouvelle formation développée entre la membrane élastique et l'épithélium.

7° Les petites dépressions ovales ou irrégulières, que l'on prend parfois à première vue pour des ulcérations, représentent des points où la membrane élastique a disparu et où le tissu conjonctif de nouvelle formation s'est confondu avec le tissu propre de la cornée ; ces points paraissent déprimés parce que tout alentour la membrane connective sous-épithéliale est soulevée par le liquide qui se forme entre elle et la couche élastique.

8° La kératite linéaire est probablement causée par la sclérose du tissu conjonctif sous-épithélial de nouvelle formation, qui s'incruste de sels calcaires et magnésiens.

9° L'aspect chagriné de la cornée est produit : soit par le soulèvement des couches épithéliales infiltrées de liquide, soit par la formation de vacuoles à la base des cellules.

10° La kératite bulleuse résulte de l'exagération du même processus, soit que les couches épithéliales se détachent les unes des autres, soit qu'elles se soulèvent en totalité, abandonnant la membrane élastique.

11° Les petits points qui, à l'éclairage oblique, se distinguent sur la face postérieure de la cornée représentent des soulèvements de l'épithélium par interposition, entre lui et la membrane élastique postérieure, d'une substance liquide ou coagulée.

12° Le trouble léger et uniforme qu'on observe dans toute l'étendue

de la cornée peut dépendre de la grande richesse en albumine du liquide qui circule dans son épaisseur, et de sa réfraction un peu différente de celle du tissu cornéen.

13° L'anesthésie cornéenne peut être causée, indépendamment de la compression des nerfs ciliaires qui résulte de l'augmentation de la pression intra-oculaire, par l'étranglement des filets nerveux à leur passage dans la zone œdémateuse, par la rupture de ces mêmes filets consécutivement à la dilatation énorme des espaces interciliaires et au soulèvement de l'épithélium, enfin par la dégénération granuleuse qui suit l'envahissement des cellules migratrices.

Comme on le voit, les altérations constatées jusqu'à présent dans les yeux affectés de glaucome dit primitif sont en réalité secondaires, et presque exclusivement dues aux conditions normales de la circulation intra-oculaire. H. BARTH.

**Contribution au traitement opératoire du glaucome, par Albert-G. HEYL** (*American opht. Soc.; Medical News*, 28 *juillet* 1883).

L'auteur propose dans le traitement opératoire du glaucome de lier l'artère frontale, puis d'ouvrir l'artère sus orbitaire afin de laisser échapper quelques onces de sang, puis de jeter une ligature sur le vaisseau ainsi ouvert. Il donne les raisons physiologiques de son opération.

A. TROUSSEAU.

**De la malaxation de l'œil après la sclérotomie dans le glaucome, par ERTAUD** (*Thèse de Paris*, 1883).

L'auteur, qui attribue l'action insuffisante à longue portée de la sclérotomie dans le glaucome à la formation d'une cicatrice imperméable soit immédiatement, soit consécutivement, pense que le meilleur moyen de prolonger les effets de cette opération est la malaxation de l'œil faite matin et soir, commencée dès le soir même de l'opération et continuée tous les jours avec persévérance. A. TROUSSEAU.

**Several specimens of eyes enucleated on account of sympathetic irritation of the other eye, or for fear of it's developing, par LITTLE** (*New York med. journal*, 3 *mars* 1883).

Après examen attentif d'un certain nombre de globes oculaires extirpés dans le but de prévenir ou d'arrêter le développement d'une ophtalmie sympathique, l'auteur conclut que la cause principale, sinon unique de cette dangereuse affection est l'irritation du corps ciliaire et des nerfs qu'il renferme, avec ou sans participation de l'iris ; c'est également par de l'irritation ciliaire, plutôt que par de la névro-rétinite que débutent les troubles du côté de l'œil sain. H. B.

**I. — Zur Rothsehen der Aphakischen (De l'érythropsie chez les opérés de cataracte), par HIRSCHLER** (*Wien. med. Woch.*, n° 4, 1883).

**II. — Zur Erythropsie bei Aphakischen (De l'érythropsie chez les opérés de cataracte), par DIMMER** (*Ibid.*, n° 15, 1883).

I. — L'auteur décrit le phénomène de la vue en rouge ou érythropsie d'après l'observation dont il est lui-même le sujet :

Agé de 60 ans, il a été opéré en janvier 1882 de la cataracte de l'œil gauche par Schulek, d'après le procédé de Græfe, avec excision de l'iris et formation d'un coloboma large de 8 millimètres. Le succès a été complet, mais l'auteur a conservé une sensibilité exagérée de la rétine à l'accès des rayons lumineux.

Cinq mois après l'opération, habitant la campagne et passant en plein air la plus grande partie des journées, il fut surpris d'éprouver un soir, au coucher du soleil, le phénomène de l'érythropsie: le ciel, les arbres, les montagnes, les personnes, tout lui paraissait rouge foncé, comme s'il avait regardé le paysage à travers un verre de couleur; le phénomène dura jusqu'à la nuit. L'auteur remarqua qu'il pouvait le faire cesser en retrécissant autant que possible l'ouverture des paupières; l'usage des verres foncés n'avait aucune influence. Ces manifestations durèrent jusqu'au 8 septembre et cessèrent brusquement comme elles avaient apparu. (L'œil droit atteint de cataracte n'avait pas été opéré.)

Voici l'explication du phénomène : la large ouverture de l'iris pratiquée dans l'opération de la cataracte par le procédé de Græfe donne accès à une grande quantité de rayons lumineux qui frappent la périphérie de la rétine et excitent ainsi des régions peu accoutumées aux rayons directs. Cette excitation a pour résultat une fatigue de la retine qui devient rebelle à la lumière affaiblie du crépuscule et ne subit plus que l'impression des rayons qui ont l'indice de réfraction le plus faible, à savoir des rayons rouges. Qu'on vienne à soustraire la périphérie de la rétine aux actions lumineuses en fermant presque complètement les paupières, l'érythropsie cessera, le centre rétinien devant se comporter d'après la loi habituelle.

Chez les sujets qui ont conservé leur cristallin, les larges excisions de l'iris ne peuvent avoir de résultat pareil, puisque la lumière n'est pas diffusée.

II.—Rappelant l'observation de Hirschler, l'auteur constate que le phénomène de la vue en rouge n'est pas toujours dû aux causes qu'invoque ce médecin. Il publie un cas où l'érythropsie se produisait le matin, c'est-à-dire à une heure où la rétine ne pouvait avoir subi encore aucune fatigue; elle disparaissait dès que le sujet sortait de la maison; de plus le coloboma de l'iris, auquel Hirschler attribue une grande importance, faisait absolument défaut.

Ouvrière de 24 ans se présentant à la clinique d'Arlt pour y subir la discision de la cataracte à gauche, le 8 avril 1880. L'opération n'ayant pas donné de résultat complet, on ponctionne la cornée une seconde fois et le 6 juillet le malade quitte l'hôpital après résorption partielle de cristallin.

Le 30 août 1881, discision de la cataracte du côté droit; la cornée est ponctionnée à trois reprises. Le 29 décembre, l'operée quitte l'hôpital.

Elle revient le 9 mars 1882 avec une cataracte secondaire de l'œil droit : cette fois le succès de la discision est complet.

Peu de temps après la sortie de l'hôpital, la jeune femme raconte que le

matin, plusieurs fois de suite, elle a vu en rouge avec l'œil droit. Le phénomène de l'érythropsie qu'elle compare à une illumination par un feu de bengale rouge, durait jusqu'à ce que la malade quittât la chambre.

On la prie de se présenter à la clinique pour examiner le fond de l'œil, mais au moment où elle arrive, elle déclare toujours que le phénomène a cessé. Cela dure six semaines, puis l'érythropsie se reproduit à divers instants de la journée, spécialement quant le sujet s'échauffe, se livre à l'exercice, à la danse.

L'œil gauche n'éprouve jamais de sensation analogue. L. GALLIARD.

**Modification à l'extraction de la cataracte, par BARTLETT** (*American opht. Soc.; Medical News*, 28 *juillet* 1883).

Cette modification consiste à faire deux iridectomies préliminaires, une en haut, l'autre en bas dans certains cas difficiles qu'on rencontre par exemple quand l'œil est très proéminent; quand l'iris n'obéit pas à l'atropine, ou a des adhérences avec la capsule cristallinienne; quand l'œil congénère est perdu; quand le patient est très souffrant, et hors d'état de supporter un choc très violent, ou bien encore quand la cataracte mûrit trop lentement.

Dans tous ces cas, la modification proposée donne à l'opéré une plus grande sécurité que l'opération en un seul temps. A. TROUSSEAU.

**Traitement des décollements de la rétine, par MITTENDORF** (*American ophth. Soc.; Medical News*, 28 *juillet* 1883).

L'auteur a traité depuis trois ans des cas très graves de décollement rétinien qui avaient frappé des malades déjà privés d'un œil. Quoiqu'il n'ait pas inauguré de méthode nouvelle, il a réussi, grâce à un emploi raisonné des différents traitements et au mode particulier d'administration des remèdes.

Le traitement doit avoir pour but :

1° D'éloigner de l'œil toute cause d'irritation, ce qu'on obtient facilement en fermant les deux yeux, ou en plaçant le patient dans l'obscurité;

2° De maintenir l'œil dans un repos aussi complet que possible et de lui éviter tout effort d'accommodation, d'où l'emploi d'un mydriatique;

3° De favoriser autant que possible l'absorption, ce que réalise surtout un bandage élastique compressif, aidé de l'administration du jaborandi et de la pilocarpine.

Ce traitement doit être continué pendant 3 au 4 semaines et l'auteur n'a jamais rencontré de cas dans lesquels des symptômes d'intolérance l'aient amené à interrompre sa médication.

Dans les cas où le décollement n'est qu'une complication d'une choroïdite spécifique ou d'un iritis de même nature, le traitement antisyphilitique peut être prescrit en même temps que le reste. Ces cas, d'ailleurs, cèdent plus facilement que les autres et ne réclament pas un emploi aussi prolongé de la pilocarpine. T. TROUSSEAU.

**Case of complete detachment of the retina, treated by puncture of the sclerotic par WOLFE** (*Med. Times and Gaz., vol. I, p.* 251; 1882).

Une femme de 47 ans venait consulter pour un affaiblissement considérable de la vue. A l'ophtalmoscope, on constate : à gauche une légère opacité du corps vitré, à droite un décollement complet de la rétine avec pigment flottant dans la suffusion sous-rétinienne. La cécité est complète de ce côté; une lumière promenée devant l'œil n'est aperçue qu'en un seul point (en dehors et en bas) et encore très faiblement.

Un mois plus tard, la malade se présente de nouveau, se plaignant surtout de douleurs vives dans l œil droit. Il existe une iritis avec synéchie postérieure complète. L'atropine, les frictions hydrargyriques n'amènent qu'un léger soulagement. Dans la crainte d'une ophtalmie sympathique de l'œil gauche, on se décide à intervenir.

Le 19 février, la malade étant chloroformée, on pratique à l'aide de ciseaux, un peu au-dessous de l'equateur de l'œil, une incision verticale de la conjonctive et du tissu sous-conjonctival. Les deux lèvres de cette plaie étant maintenues écartées, on ponctionne la sclérotique avec l'aiguille lancéolaire tenue presque horizontalement. Il s'échappe environ 80 centigrammes de sérosité jaunâtre entraînant de petites masses pigmentaires. Après s'être assuré que tout le liquide s'est écoulé, on abandonne les choses à elles-mêmes sans faire aucune suture. Pansement occlusif antiseptique.

Le 23 février, la malade distingue les objets placés dans la chambre, reconnaît les personnes, apprécie les couleurs. A l'ophtalmoscope, toute trace d'œdème sous-retinien a disparu; la rétine paraît toute ridée, à l'exception du centre qui est à peu près normal.

Il n'est malheureusement fait aucune mention de l'histoire ultérieure de cette malade. A. CAMPENON.

**I. — Ueber Krebsmetastasen in beiden Aderhäuten (Métastase cancéreuse des choroïdes), par HIRSCHBERG** (*Berlin. klin. Woch., n°* 5, *p.* 75, 29 *janvier, et n°* 43, *p.* 667, 22 *octobre* 1883).

**II. — Fall einer Erblindung in Folge doppelseitigen metastatischen Aderhauts-Carcinoms (Cécité à la suite de cancer secondaire des deux choroïdes), par SCHOELER** (*Idem, n°* 7, *p.* 104, 12 *février* 1883).

**III. — Demonstration von Praeparaten doppelseitigen metastatischen Carcinoms der Augen nebst Bemerkungen über die Aufbewahrung von Augenpræparaten in Glycerin Leim nach Priestley Smith (Pièces anatomiques provenant de la malade précédente, avec remarques sur la conservation des préparations oculaires dans la gélatine glycérinée suivant la méthode de Priestley Smith), par UHTHOFF** (*Idem, n°* 43, *p.* 666, 22 *octobre* 1883).

I. — Femme de 52 ans, cachectique, atteinte depuis 9 ans d'un cancer du sein droit avec paquets ganglionnaires dans l'aisselle correspondante et au niveau du creux susclaviculaire gauche.

6 mois avant sa mort, trouble visuel de l'œil droit dans lequel on aperçoit une grosse tumeur choroïdienne, claire, haute de 2 millimètres et disposée comme un gâteau au-dessus du nerf optique.

Bientôt l'œil gauche offrit les mêmes troubles causés par une tumeur un peu plus petite.

Ces tumeurs finirent par s'étendre en bas, au niveau des papilles, autour desquelles elles formaient un bourrelet saillant de 15 millimètres de diamètre, en soulevant la portion de rétine correspondante et en décollant la portion inférieure de la périphérie rétinienne.

Puis il se forma des taches disséminées dans le fond de l'œil.

La vision diminua de plus en plus et la malade succomba dans le marasme sans qu'il ait été possible d'en faire l'autopsie.

II — III. — L'observation de Hirschberg constituait le second exemple de métastase cancéreuse choroïdienne reconnu pendant la vie. D'autre part, Perls (*R. S. M.*, I, 581) a fait l'examen anatomique d'un cas semblable.

Le fait suivant, dont la relation clinique est due à Schœler et l'examen microscopique à Uhthoff, est encore plus intéressant, puisque l'autopsie l'a complété.

Femme de 33 ans, considérablement émaciée. Début, il y a 6 ans, d'une tumeur du sein gauche qui fut enlevée il y a 6 mois; 3 semaines plus tard, ablation d'une récidive sterno-claviculaire gauche; 10 semaines après l'opération, pendant six semaines, ictère qui se compliqua de pleurésie gauche encore existante actuellement.

Cette malade, qui présente des paquets ganglionnaires dans l'aisselle et au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, vint trouver Schœler le 18 février 1882 pour des troubles visuels ayant débuté par l'œil droit, 10 semaines auparavant.

Pupilles dilatés et immobiles. Affaiblissement de la vue beaucoup plus marqué à droite où le champ visuel est considérablement rétréci par en haut. L'ophtalmoscope y montre en effet un décollement de la portion inférieure de la rétine qui est inégale et plissée par places, de couleur gris-bleuâtre, laissant encore par ci par là transparaître la teinte rougeâtre de la choroïde. Papille très rouge, à contours effacés. Dilatation des vaisseaux rétiniens, surtout des veineux.

A la distance d'un tiers de diamètre papillaire, un anneau, blanc-gris, large de 1/2 à 2 diamètres papillaires, entoure l'entrée du nerf optique et se perd insensiblement à la périphérie. Cette zone annulaire ne manque qu'en bas, au niveau où la rétine est décollée. Au sein de la zone trouble, se trouvent irrégulièrement disséminés de petits îlots où le fond de l'œil est resté normal. On y voit en outre, quantité de pigment qui, dans l'intérieur et au-dessous de la rétine forme en certains points des amas. Enfin, dans cette zone annulaire, plongent des vaisseaux de néoformation non anastomosés avec les vaisseaux rétiniens normaux.

Pas d'augmentation de la tension du globe oculaire.

A gauche, le champ visuel est encore intact. Papille un peu hyperémiée. Fond de l'œil normal, sauf dans la région centrale, où se voit une partie trouble qui a une fois et demie l'étendue du diamètre de la papille et se confond sur les bords avec la rétine saine. A la périphérie de la rétine, on remarque l'absence de l'épithélium pigmenté, en outre en dedans et en bas, dans les espaces intervasculaires du stroma choroïdien, on aperçoit de nombreux foyers, blanc-gris, non pigmentés, et dont les plus volumineux sont gros comme des têtes d'épingle.

Pendant un an, c'est-à-dire jusqu'à la mort de cette femme, Schœler d'abord, puis Uhthoff ont pu suivre jour par jour, à l'aide de l'ophtalmoscope, l'évolution des lésions oculaires. Nous devons nous borner à résumer très brièvement cette partie de l'observation.

Six jours après son premier examen, Schœler constate la diminution du champ visuel de l'œil gauche en dehors et en haut. Le 12 mars, le pigment a augmenté dans l'anneau trouble qui entoure la papille droite et celle-ci qui est proéminente présente 2 granulations blanc-gris, légèrement saillantes.

Dans l'œil gauche, on observe aussi une augmentation du pigment au niveau du trouble de la région centrale et un décollement de la partie inférieure de la rétine.

Le 24, apparition, sur la papille gauche, d'une nodosité blanc opaque.

Le rétrécissement des champs visuels, le décollement des rétines, l'augmentation du pigment vont croissant de jour en jour.

En avril les mouvements de l'œil droit en haut et en dehors sont gênés et douloureux.

Au milieu d'août, extirpation d'une récidive mammaire.

A la fin d'octobre, aucune sensation lumineuse ne subsiste pour l'œil droit; pour le gauche, il n'en reste qu'en bas. La tension de l'œil droit est augmentée et le bulbe un peu saillant; mais des opacités considérables du corps vitré empêchent d'examiner le fond de l'œil.

Du côté gauche, le décollement rétinien a disparu, la névrite optique est encore reconnaissable, mais le gonflement de la papille a diminué.

En novembre, du côté droit, une partie des opacités vitrées se sont éclaircies, mais tous les mouvements du globe sont devenus douloureux. Du côté gauche, la névrite optique est en voie de régression et l'on ne distingue plus de granulation sur la papille.

Après avoir offert des vertiges, des bourdonnements et de la céphalalgie et subi l'énucléation de l'œil droit avec évidement de la cavité orbitaire, la femme succombe dans le marasme le 24 mars 1883.

*Hirschberg* et *Schweigger*, se fondant sur l'absence de toute proéminence du fond de l'œil, avaient cru pouvoir mettre en doute le diagnostic de tumeur choroïdienne.

L'autopsie révéla la présence de cancers des ovaires, de la plèvre, des hémisphères cérébraux, de la dure-mère, du tissu sous-cutané du dos et des deux yeux.

L'œil droit présentait, à sa région postérieure, une tumeur dure englobant complètement le nerf optique entièrement détruit dans ses éléments nerveux. Le décollement de la rétine était très vaste; l'exsudat sous-rétinien était en partie hémorragique, en partie composé de fibrine et de cellules rondes.

La rétine était atrophiée et toutes ses couches méconnaissables. La sclérotique, la choroïde et la papille présentaient des noyaux cancéreux.

L'œil gauche offrait des lésions moins avancées. La tumeur, de la grosseur d'une moitié de noisette, proéminait de la portion postérieure de la sclérotique en dehors de la papille. Le nerf optique était dilaté en masse à son entrée dans la sclérotique. Les coupes y révélaient quantité de petites lacunes visibles à l'œil nu. L'examen microscopique montra la tumeur de l'œil composée des mêmes éléments que le cancer primitif extirpé au sein, des cellules de différentes dimensions, de caractère épithélial.

Le nerf, près de son entrée dans l'œil, et la papille encore saillante, sont également envahis par la dégénérescence cancéreuse.

Les couches de la rétine sont reconnaissables, à l'exception des cônes et bâtonnets détruits à la suite du décollement.

La choroïde, épaisse par places de 1 millimètre, est traversée de nombreux noyaux cancéreux, disposés les uns en foyers arrondis, les autres en traînées.

A de certains endroits on aperçoit les cellules cancéreuses à l'intérieur des vaisseaux.

Le stroma choroïdien très altéré adhère intimement à la sclérotique.

Le nerf optique droit est transformé en masse cancéreuse jusqu'au chiasma. le gauche n'est dégénéré qu'au voisinage de l'œil; plus en arrière, seule sa gaîne est envahie.

Les préparations d'Uhthoff ont été conservées, suivant la méthode de Priestley Smith qui se sert d'un mélange, filtré à chaud, de 1 partie de

gélatine blanche pour 6 de glycérine et d'eau distillée. Comme désinfectant il ajoute un peu d'acide phénique. L'acide salicylique doit être rejeté parce qu'il empêche de durcir la masse qu'il rend d'ailleurs rougeâtre et trouble.

Après avoir traité les préparations par le liquide de Müller, les avoir laissées quelques jours dans une solution de chloral à 5 0/0, puis les avoir décolorées dans une solution de glycérine, on les met dans un verre et l'on verse dessus, à chaud, le mélange de Priestley Smith, puis on retourne la coupe en sorte que sa surface de section adhère bien au fond du verre, quand le mélange sera refroidi et figé. J. B.

**Ueber den Polwechsel beim Gebrauch des Electro-Magneten und über die Magnetnadel als diagnostisches Hülfsmittel (Du changement des pôles dans l'emploi de l'aiguille électro-magnétique, et de sa valeur comme moyen de diagnostic), par O. FROEHLICH** (*Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde, avril* 1882).

Déjà recommandé par d'autres auteurs, le changement de pôles pour l'extraction d'un corps étranger métallique doit toujours être essayé avant d'abandonner les recherches. C'est, en effet, un fait d'expérience, que le corps étranger est lui-même magnétique, et que s'il n'a pu être influencé par l'un des pôles de l'instrument, il se précipite au contraire avec une grande énergie sur l'autre pôle; et une aiguille aimantée, avec peu de force, pourra souvent entraîner des éclats de fer ou d'acier, qui, sans ce changement, n'eussent même pu être mobilisés.

Faisant à son tour des recherches sur la valeur des aimants, l'auteur arrive à conclure que c'est le meilleur moyen d'extraction des parcelles de fer et d'acier, même très petites, contenues dans le globe oculaire; et qu'avant de pratiquer l'extraction du corps étranger, il est bon de l'aimanter par des frottements exercés sur la sclérotique; enfin, on peut apprécier la distance plus ou moins considérable du corps étranger dans l'œil, par les déviations de l'aiguille d'un galvanomètre. ROHMER.

**Étude sur l'amaurose consécutive au traumatisme de la région préorbitaire, par BERNÈDE** (*Thèse de Paris, juillet* 1883).

L'amaurose consécutive au traumatisme de la base de l'orbite se présente généralement avec les caractères suivants. Elle est unilatérale, immédiate, complète (ni scotomes, ni chromatopsie), absolue (pas de perception). Elle est accompagnée de signes certains des fractures de l'étage antérieur de la base du crâne. Rarement cette amaurose est incomplète et passagère.

Elle reconnaît pour cause une compression du nerf optique par une esquille osseuse détachée des parois orbitaires.

Selon que l'esquille blesse le nerf en arrière ou en avant du point d'entrée de l'artère centrale, la papille garde son aspect normal ou présente des signes de stase veineuse.

L'amaurose se termine presque toujours par l'atrophie des fibres nerveuses de la papille et devient alors incurable. A. TROUSSEAU.

**Verletzung bei der Augen durch eine Pistolenkugel (Blessure des deux yeux par une balle de pistolet), par MANDELSTAMM** )*Centralbl. für Augenheilk., janvier* 1882).

Un individu de 21 ans, veut, dans un moment d'aberration mentale, attenter à sa vie, et se loge une balle de pistolet dans la tête ; le canon de l'arme est placé à la tempe droite, à deux travers de doigts du sourcil, où à la hauteur du globe de l'œil. La balle pénétre par la tempe droite, et ressort par la gauche ; on la trouve à terre, très peu déformée. Le blessé tombe sans connaissance, et au dire du médecin traitant, resta six jours, privé de sentiment et de mouvements ; petit à petit tout rentra dans l'ordre, et neuf semaines après l'accident, voici ce que l'auteur put constater :

Pas de souvenir de l'accident ; le médecin assure qu'après l'accident, les conjonctives et les paupières étaient fortement œdémateuses ; l'œdème était tel qu'on avait peine à voir la cornée. L'ouverture d'entrée du projectile se trouva à la place mentionnée plus haut ; l'ouverture de sortie, à la tempe gauche, à quatre travers de doigt du sourcil, près de la naissance des cheveux ; la cicatrice en est indurée et calleuse.

Chute des paupières supérieures, dont les muscles réagissent à peine sous l'influence de l'électricité. L'œil droit est dévié en dehors et en bas, il peut être ramené légèrement en bas et en dedans ; les autres mouvements sont impossibles ; papille moyennement dilatée, ne réagit pas à la lumière ; pas de perception lumineuse quantitative. La rétine est décollée en plusieurs endroits, mais dans la moitié supérieure est une déchirure énorme de la choroïde, le nerf optique est recouvert par un lambeau de rétine. Les milieux sont transparents.

A l'œil gauche, pas la moindre paralysie musculaire. Nerf optique intact ; mais la rétine est décollée aussi dans la partie supérieure ; on y voit de même une rupture choroïdienne, mais plus petite qu'à droite. Dans la moitié inférieure, sont des lésions choroïdiennes, consécutives à de petites déchirures. Autour de la macula, sont des taches pigmentaires, restes probables d'une hémorragie. Le champ visuel manque dans les parties lésées. Le malade distingue à peine les doigts à 8, et pour voir, il tourne l'œil en dehors ; il lit à peine de grosses lettres. — L'odorat est perdu.

Après trois mois de traitement (iodure de potassium et ventouses Heurteloup), l'acuité visuelle a notablement augmenté à l'œil gauche. Avec des verres convexes faibles, le malade lit des caractères moyens, et compte les doigts à 30 pouces ; il se conduit assez bien.

Le fond de l'œil, à droite, n'a guère changé ; à gauche la région de la macula est débarrassée des taches de pigment ; le champ visuel est aboli en bas et en dedans.

La balle a donc rasé obliquement la partie postérieure de la voute orbitaire droite, lésé le droit externe, le grand oblique, et l'oculo-moteur commun, enfin, a contusionné le bulbe oculaire ; puis elle a traversé l'ethmoïde, glissé sur la partie postérieure de la voute orbitaire gauche, en contusionnant seulement le globe de l'œil, et est ressortie par le temporal. ROHMER.

**De l'emploi de l'iodoforme en oculistique, par LANDESBERG** (*Centralbl. f. p. Augenh., janvier* 1883 ; *Rev. gén. d'opht.*, 30 *juin* 1883).

L'auteur emploie l'iodoforme en poudre, en pommade (1 p. 10), mais il préfère encore une solution de 5 0/0 d'iodoforme dans l'acide oléique. Il s'en sert aussi en onctions comme les frictions mercurielles.

Le corps est inactif ou nuisible dans toutes les formes de conjonctivites, tandis qu'il est indiqué dans les diverses blépharites et dans les blessures et excoriations des paupières. Il est utile comme pansement dans les opérations plastiques et préférable à tout autre agent pour éclaircir les taches de la cornée. A. TROUSSEAU.

**Sur l'opération du strabisme au moyen de l'avancement capsulaire, par DE WECKER** (*France médicale, octobre* 1883).

L'auteur trouve avantage à agir sur l'insertion indirecte et capsulaire des muscles, parce que ce procédé donne toujours de la force sans en soustraire, parce qu'il n'amène jamais de surcorrection et parce qu'enfin il donne des résultats esthétiques meilleurs.

Voici comment de Wecker exécute l'avancement capsulaire :

Il excise au devant du tendon du muscle qu'il veut renforcer un croissant de conjonctive large de 5 millimètres et haut de 10 millimètres, en plaçant l'excision de façon que l'insertion tendineuse du muscle coupe le milieu du croissant dont la concavité contourne la cornée. Après l'excision la conjonctive se retire fortement de manière à mettre largement à jour sur les côtés du muscle la capsule de Tenon. On incise alors cette capsule près de l'insertion tendineuse du muscle, et on la dégage au-dessus du muscle et latéralement. Ce dégagement fait, on suture la capsule, en la tirant en avant, par deux points placés près des bords inférieur et supérieur de la cornée. La capsule glissant en avant se greffe alors plus près du centre de la cornée.

C'est le degré de dégagement et la plus ou moins grande quantité de capsule prise dans les sutures qui permettent le réglage de l'effet qu'on veut obtenir. A. TROUSSEAU.

**Emploi du jéquirity et de l'inoculation blennorragique dans l'ophtalmie granuleuse, par CARETTE** (*Thèse de Paris, novembre* 1883).

Pour le Dr Carette, le jéquirity n'est certainement pas le spécifique de l'ophtalmie granuleuse, mais il rend incontestablement de très grands services dans le traitement de cette affection. Il ne peut faire bannir les caustiques qui trouvent leur indication dans la première période de l'affection alors qu'il y a gonflement hypertrophique, bourgeonnement des conjonctives palpébrales avec un degré de sécrétion plus ou moins marqué.

Le jéquirity, en revanche, s'adresse surtout aux cas anciens avec pannus ; il convient surtout à la kératite d'origine granuleuse.

Le jéquirity et les caustiques ne peuvent se suppléer ; ils ont des indications inverses ; chacun réussit à son heure,

L'inoculation blennorragique est un moyen extrême à garder comme suprême ressource. A. TROUSSEAU.

---

# RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

*Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1883.*

## A

**Abcès.** — Abcès du psoas suite de traumatisme, ouverture antiseptique, guérison, par Beck. (*Med. Times*, 10 fév.) — Des abcès chroniques du bassin, par Byford. (*Med. News*, 29 sept., p. 348.) — Étude clinique sur les abcès. Cent cas observés dans la pratique privée, par Stuart Nairne. (*Glasg. med. Journ.*, XX, p. 267.)

**Abdomen.** — Cas d'embrochement par un pal traversant l'abdomen de part en part, par Prunières. (*Congrès de La Rochelle*, p. 818, 1882.) — Plaie pénétrante de l'abdomen avec prolapsus des intestins chez un enfant de sept ans. Guérison, par Péréswétoff. (*Wratch*, 1882, n° 26.) — Considérations sur les plaies pénétrantes de l'abdomen par instrument piquant ou tranchant, par Barrême. (*Thèse Montpellier*, n° 30.) — Énorme tumeur myxolipomateuse de l'abdomen, par Wiglesworth. (*Lancet*, 30 juin.)

**Accouchement.** — Compte rendu des accouchements faits du 1er janvier au 31 octobre 1882 dans le service de M. Bernutz, par Chatellier. (*Arch. de tocol.*, février.) — D'où vient la plus grande fréquence des présentations de la tête, par K. Meeh. (*Arch. f. Gynæk.*, Bd. XX, Heft 2.) — Présentation de l'épaule négligée; arrachement d'un bras par l'accouchée elle-même, par Wolczynski. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 43, 1882.) — Rétention pendant 40 jours à l'intérieur de la cavité utérine, et sans aucune réaction, de la tête d'un enfant à terme et des débris du placenta, par Valenta. (*Arch. f. Gyn.*, XIX, Heft 3.) — Dystocie par ascite fœtale, ponction. Extraction d'un fœtus ayant tête et bras arrachés. Hypertrophie des parois vésicales. Dégénérescence kystique des reins avec rupture du gauche, par C. Ruge. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 620, 1er oct.) — Accouchement compliqué par la présence d'un lipome de la grande lèvre droite, par Bruntzel. (*Centralb. f. Gynæk.*, n° 40, 1882.) — Emphysème sous-cutané de la peau et du cou survenu pendant le travail de l'accouchement, par Mac Lane. (*New York med. Journ.*, 26 mai.) — Accouchement sans souffrance chez une paraplégique, par Eplez. (*Ibid.*, 3 mars.) — De la version par manœuvres externes, par Stéphanoff. (*Thèse Montpellier*, 83, n° 17.) — Un cas de présentation simultanée de la tête, de la main, du pied et du cordon, par Garrigues. (*New York med. Journ.*, 16 juin.) — Mort par introduction de l'air dans les sinus utérins après l'accouchement, par Davidson. (*Lancet*, 9 juin.) — Embryon expulsé avec son enveloppe amniotique entière et complètement isolé du chorion, par Krukenberg. (*Arch. f. Gynæk*, XIX, Heft 3.) — Accouchement provoqué dans le but de prévenir la perte de la vue (par rétinite

albuminurique), par Loring. (*New York med. Journ.*, 20 janv.)—De l'usage local des antiseptiques après l'accouchement et l'avortement, par Gill Wylie. (*Ibid.*, 23 juin.) — De l'emploi du chloral en clinique obstétricale, par Peyronnet. (*Thèse Montpellier*, n° 31.)

**Acné.** — Recherches anatomiques sur l'acné, par Vidal et Leloir. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 14, 1882.)

**Addison (mal. d').** — Maladie d'Addison avec dyschromie marquée de la langue, par Wilkin. (*Lancet*, 24 mars.) — Les capsules surrénales et la maladie d'Addison, par Carl Berger. (*Berlin.*)

**Ainhum.** — Observation d'un cas d'aïnhum indigène, par Pineau. (*Union médicale*, 18 oct.)

**Albumine.** — De la peptone de gélatine, par Tatarinoff. (*Acad. des sciences*, 24 sept.) — Valeur de l'acide picrique pour reconnaître l'albumine, par Cooke et Watkins. (*Med. News.*, oct.)

**Alcool.** — De l'action de l'alcool sur le cœur, par Martin. (*Maryland med. Journ.*, sept.)

**Alcoolisme.** — Des formes de la gastro-entérite alcoolique dans les diverses classes de la société, par C. Leudet. (*Congrès de La Rochelle*, p. 701, 1882.) — Méningite aiguë dans le delirium tremens, par Albert Robin. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 24, 1882.)

**Alimentation.**—De la ration alimentaire chez le chien, par Guimaraes. (*Acad. des sciences*, 10 sept.)—Aliments et boissons; leurs adultérations et falsifications, par Osc. Dietsch. (*Zurich*, 4e édition.) — Influence de l'alimentation sur le lait, par de Mortillet. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, mars-mai.) — De quelques procédés actuellement en usage pour la conservation des substances alimentaires, par Dugardin. (*Thèse de Lille*, 2 août.) — Alimentation azotée chez les herbivores, par P. Regnard. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 21, 1882.) — De l'alimentation forcée des enfants, par Battams. (*Lancet*, 16 juin.)

**Aliénation.** — Gheel et le patronage familial, par J.-A. Peeters. (In-8°, *Bruxelles.*) — La séquestration des aliénés dans la législation actuelle et dans la législation future, par G. Lagréville. (In-8°, *Paris.*) — Étude de la psychiâtrie chez l'adolescent, par Droznès. (*Wiestn. klin. i soud. psichiat. i nevropath.*, n° 1.) — Les familles des aliénés au point de vue biologique, contribution à l'étude de l'hérédité dans les maladies mentales, par Ball. (*L'Encéphale*, juillet.) — Recherches cliniques sur l'hérédité de la folie dans ses rapports avec la fécondité des époux et la mortalité des enfants, par Marandon de Montyel. (*L'Encéphale*, juillet.) — Contribution clinique à la doctrine de la folie systématique primitive, par Morselli et Buccola. (*Giorn. della R. Acad. di Torino*, avril-mai.) — De quelques formes de folie qui ont prédominé dans l'État de Milan pendant la domination espagnole, par Jona. (*Annali universali*, septembre.)—L'idiotie et ses rapports avec l'aliénation mentale, par Pichenot. (*Thèse Montpellier*, n° 11.) — Remarques sur quelques cas de catatonie (mélancolie accompagnée d'attaques épileptiformes et cataleptiformes, alternant avec des accès de manie aiguë), par Hammond. (*New York med. Journ.*, 5 mai.) — Un cas de monomanie primitive, par C. Burr. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juillet, p. 93.) — Des guérisons tardives dans la folie, par Luys. (*L'Encéphale*, n° 3.) — Du traitement gynécologique chez les aliénées, par Peretti et Schultze. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 mars et 4 juin.) — Des bains prolongés chez les aliénés agités, par Millet. (*L'Encéphale*, n° 3.)

**Amputation.** — Amputation sous-périostée de la hanche, par SHUTER. (*Med. Times*, p. 195, 17 fév. et *Lancet*, 17 fév.)

**Amygdale.** — Rapports des amygdales avec l'organe de l'ouïe, par WALB. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 48, 1882.) — Gonflement considérable des amygdales déterminant des signes d'asphyxie, par WESLEY MILLS. (*Arch. of laryngol.*, IV, n° 1.) — De l'hypertrophie des amygdales, par RANKIN. (*Arch. of laryngol.*, IV, n° 1.) — Tumeur maligne de l'amygdale, par WHISTLER. (*Med. Times*, 26 mai.) — Epithélioma de l'amygdale propagé à l'épiglotte et au larynx, par OZENNE. (*Soc. anat.*, 16 fév.) — De l'amygdalite infectieuse, par LANDOUZY. (*Progrès médical*, 4-11 août.)

**Anatomie.** — La technique des autopsies à l'amphithéâtre de la Charité de Berlin, par RUDOLF VIRCHOW. (3e édit., *Berlin*, 1884.) — Les opérations sur le cadavre. Guide d'exercices opératoires, par M. HOLL. (*Stuttgart.*)

**Anémie.** — Congestion veineuse encéphalique dans l'anémie artérielle, par FRANÇOIS FRANCK. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 12, 1882.)

**Anesthésie.** — Anesthésie artificielle et anesthésiques, par H. LYMAN. (In-8°, p. 338, *Londres*, 1882.) — Note sur la narcose par l'éther, par LESLIE PHILIPS. (*Med. Times* 8 sept.) — Dosage du chloroforme dans le sang d'un animal anesthésié, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Acad. des sciences*, 1er oct.) — Anesthésie chez les animaux et les végétaux, par ARLOING. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 27, 1882.)

**Anévrisme.** — Anévrisme de la crosse aortique embrassant l'artère innommée. Remarques sur la ligature à distance, par H. MORRIS. (*Med. Times*, p. 226, 24 fév.) — Ligature de la sous-clavière et de la carotide droites pour un anévrisme aortique; mort de rupture du sac au 31e jour de l'opération, par H. MARSH. (*Med. Times*, p. 226, 24 fév.) — Anévrisme de l'aorte thoracique descendante simulant un épanchement pleurétique, par PENNY. (*Med. Times*, 3 fév.) — Anévrisme intra thoracique comprenant la crosse et la partie descendante de l'aorte jusqu'au bord inférieur de la 6e côte, par HENRY. (*Med. News*, p. 134, 4 août.) — Anévrisme de l'origine de l'aorte, par DURAND. (*Lyon méd.*, 19 août.) — Anévrisme variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure, par A. HALLA. (*Prag. Zeitschr. f. Heilk.*, Bd. III, Hft 2, 1882.) — Anévrisme de l'artère innominée; rupture au sommet du poumon, par PENNY. (*Med. Times*, 3 fév.) — Anévrisme de la carotide externe, ligature de la carotide primitive, guérison de l'anévrisme, mort de paralysie au 35e jour, par C. HEATH. (*Med. Times*, p. 226, 24 fév.) — Un cas d'anévrisme de la carotide interne, par MURATET. (*Thèse de Montpellier*, n° 40.) — Ligature de la carotide primitive dans un cas d'anévrisme de la carotide externe, par BULL. (*New York med. Journ.*, 7 avril.) — Anévrisme abdominal, rupture dans le duodénum, par COUPLAND. (*Med. Times*, 21 juillet.) — Contribution à l'étude des anévrismes de l'artère fessière, par TREPPER. (*Deutsche milit. Zeitschrift*, p. 229.) — Ligature de l'artère fessière à la suite d'une plaie par instrument piquant, par LINDNER. (*Ibid.*, p. 241.) — Anévrisme poplité; ligature de la fémorale; état anatomique des parties 33 jours après l'opération, par HAWARD. (*Lancet*, 16 juin.) — Anévrisme poplité; rupture dans l'articulation du genou; amputation de la cuisse; guérison, par WHITEHEAD. (*Lancet*, 21 avril.) — Deux cas d'anévrisme traumatique, l'un fémoral, l'autre poplité, traités par la méthode ancienne, par WARREN. (*Lancet*, 28 avril.) — Deux cas d'anévrisme poplité, par BLAKER. (*Lancet*, 7 avril.) — Anévrisme de l'artère axillaire; ligature de la sous-clavière dans sa troisième portion; guérison, par BERKELEY

Hill. (*Lancet*, 24 fév.) — Mesure du volume des tumeurs anévrismales faisant saillie à l'extérieur, par François Franck. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 40, 1882.)

**Angine.** — Traitement et curabilité des angines de poitrine, par Huchard. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 sept.)—De l'angine de poitrine envisagée comme symptôme et dans ses rapports avec le nervosisme arthritique, par Landouzy. (*Progrès médical*, 1er-8 sept.) — La nitro-glycérine dans l'angine de poitrine, par Trousséwitch. (*Iégén. klin. Gazeta*, nos 24 et 25.)

**Anomalie.** — Transposition des viscères, par J. Mickle. (*Brit. med. journ.*, mai, p. 955.) — Anomalie d'origine de la carotide et de la sous-clavière droites, par Ozenne. (*Soc. anat.*, 9 fév.) — Atrophie unilatérale congénitale, par T. Pixley. (*Med. News*, 11 août.)

**Anthrax.** — Quelques considérations cliniques sur l'anthrax, par F. Fabre. (*Thèse Montpellier*, n° 56.)

**Anthropologie.** — Étude anthropométrique élémentaire des principales races de France, par Collignon. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 7 juin.) — Blessures et fractures graves régulièrement guéries sur des os humains de l'époque préhistorique, par Prunières. (*Congrès de La Rochelle*, 1882.) — Sur le crâne des Lizières, par Prunières. (*Congrès de La Rochelle*, p. 680, 1882.) — Sur la gravure des os au moyen du silex, par L. Leguay. (*Congrès de La Rochelle*, p. 677, 1882.) — De la présence prolongée d'instruments en fer dans les os du squelette humain et de la cicatrisation de certaines plaies osseuses très étendues ou accompagnées de dépression considérable du tissu de nouvelle formation, par E. Berchon. (*Congrès de La Rochelle*, p. 663, 1882.) — Les hommes à queue, par Zaborowski. (*Congrès de La Rochelle*, p. 615, 1882.)—Quelques indications anthropologiques recueillies chez les Hindous, par Cauvin. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, mars et mai.) — Nouvelle contribution à l'anthropologie du Modénois, par Ricardi. (*Giorn. della R. Acad. di Torino*, juin.)

**Anus.** — Du traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum par la colotomie, par Hahn. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXIX, 2 p. 395.) — Incontinence des matières fécales traitée avec succès par la cautérisation rayonnée de l'anus, par Kelsey. (*New York med. Journ.*, 14 juin.) — Sept cas de colotomie, par Elder. (*Lancet*, 5 mai.) — De l'insufflation de l'intestin dans la colotomie lombaire, par Lund. (*Lancet*, 7 avril.) — Vice de conformation de l'anus (ouvertures fistuleuses multiples sans ampoule rectale). Débridement et réunion des fistules, par Maunoir. (*Revue méd. Suisse romande*, III, 540, sept.)

**Aorte.**—Adhérence de l'aorte thoracique au poumon gauche; ramollissement d'une plaque athéromateuse et rupture spontanée de l'aorte dans le poumon, hémoptysie foudroyante, par Brodeur. (*Soc. anat.*, 22 déc. 1882.) — Plaie pénétrante de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, par Laugier. (*Soc. anat.*, 16 fév.)—Absence d'une des sygmoïdes de l'aorte, par Morin. (*Soc. anat.*, 9 mars.)

**Appareils.**— Pince à acupressure pour suspendre l'hémorragie dans le cours des opérations (*fig.*). par Allis. (*Med. News*, 1er sept.)—Le pneumomètre, par E. Pflueger. (*Arch. f. die gesammte Phys.*, Bd. 29, p. 244.)

**Articulation.**—Du côté sain dans la coxalgie des enfants, par Cadet-Naudet. (*Thèse de Paris*, 3 août.)—Des arthrites génitales, par Lancereaux. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, août.) — Plaie pénétrante du coude par

aiguille. Arthrite suppurée, résection par deux incisions latérales. Guérison avec mouvements, par GODLEE. (*Med. Times*, II, p. 98, 1882.) — Contribution à l'étude des corps mobiles des articulations et de leur traitement, par CASTELLI. (*Thèse Montpellier*, n° 32.)

**Asphyxie.** — Des asphyxies toxiques, par ARTIGALAS. (*Thèse d'agrégation de Paris.*)

**Asthme.** — Pathologie et traitement de l'asthme de foin, par ROE. (*New York med. Journ.*, 12 mai.) — Asthme hydrotinémique ou asthme dyspeptique, par O. DE STEFANO. (*Il Morgagni*, juin.) — D'un traitement chirurgical radical de certaines formes de migraine, d'asthme et de catarrne des foins, par WILHELM HAEK. (*Bâle.*)

**Auscultation.** — De l'auscultation des vaisseaux cruraux, par FISCHEL. (*Prag. Zeitschr. f. Heilk.*, Bd. III.)

## B

**Bains.** — De l'emploi des bains de vapeur térébenthinés dans le traitement de la lithiase urique, par E. BRÉMOND. (*Bull. de thérap.*, 15 sept.) — La réfrigération méthodique ne détermine pas de congestions viscérales, par DUMONTPALLIER. (*Union médicale*, 14 octobre.)

**Bassin.** — Sarcome du bassin simulant une coxalgie, par ALBERTI. (*Berl. klin. Woch.*, 4 juin.) — De l'intervention dans les bassins rachitiques rétrécis entre 67 et 40 millimètres, par TRACHET. (*Thèse de Lille*, 2 août.)

**Bec de lièvre.** — De la saillie de l'os intermaxillaire dans le bec de lièvre, par ROSER (*Verhandl. d. deust. Gesell. f. Chir.*, 12e Congrès.)

**Biliaire.** — Cancer du duodenum, abcès et perforation de la vésicule biliaire, péritonite mortelle, par BERRY. (*Med. Times*, 21 avril.) — Cancer du canal cholédoque, par DELAFIELD. (*New York med. Journal*, 26 mai.)

**Blennorragie.** — Des diverses localisations de la blennorragie chez la femme et de leur traitement par l'eau oxygénée, par DE SINÉTY. (*Ann. de Gynécol.*, sept., 1882.) — Déviations de la blennorragie vers les organes générateurs, par CABIBEL. (*Th. Montpellier*, n° 53.) — Atrophie musculaire consécutive à un rhumatisme survenu dans le cours d'une blennorragie, par CARRIEU. (*Gaz. hebdom. sciences méd. Montpellier*, nos 42-44.)

**Botanique.** — Nouveaux éléments de botanique contenant l'organographie, l'anatomie, la morphologie, la physiologie, la botanique rurale, par LOUIS CRIÉ (in-12, Paris).

**Bouche.** — Hypertrophie de la lèvre inférieure, opération, par D. COLLEY (*Clin. Soc.; Med. Times*, 27 janv.) — Stomatites, par BERGERON. (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, XII.)

**Bronche.** — Remarques cliniques sur le traitement de la bronchite aiguë, par J. MAIN. (*Glasg. med. Journ.*, XX, p. 181.)

**Brûlure.** — Un cas très compliqué de rétraction cicatricielle à la suite d'une brûlure, par POST. (*New York med. Journal*, 23 juin.)

## C

**Cadavre.** — Sur la destruction et l'utilisation des cadavres des animaux morts de maladies contagieuses, notamment du charbon, par A. Girard. (*Acad. des Sciences*, 1er oct.)

**Cancer.** — Recherches sur le cancer encéphaloïde, par Sappey. (*Acad. des Sciences*, 1er oct.) — Sur le développement du cancer à la suite d'affections non malignes, par Lewis. (*New York med. Journal*, 30 juin.) — De l'urée dans le cancer, par Grégoire. (*Thèse de Paris*, 22 nov.) — Recherches sur la cause de l'accroissement des maladies cancéreuses, par H. Dunn. (*Brit. med. journ.*, avril, p. 708.)

**Cartilage.** — De la chondrine, par Schwarz. (*Thèse Saint-Pétersbourg.*)

**Cerveau.** — Plan du cerveau humain, par Paul Flechsig. (*Bâle.*) — De l'architecture générale du cerveau et de la moelle épinière, par Ranney. (*New-York med. Journal*, 14 juil.) — Sections microscopiques de l'encéphale humain tout entier, par Giacomini. (*Giorn. della R. Acad. de Torino*, déc. 1882.) — Nouveau microscope pour l'examen de section de l'encéphale humain entier, par Giacomini. (*Ibid.*, juin.) — Le poids de l'encéphale, d'après P. Broca, par Topinard. (*Mém. de la Soc. d'anthrop.*, III, *fasc.* I.) — De la direction des fibres optiques depuis le corps genouillé jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, par W. Béchterew. (*Wiestn. Klin. i soudebn. psichiatr. i nevropat.*, n° 1.) — Asymétrie du cerveau, particularités intéressant la question des rapports des nerfs optiques avec certaines zones corticales, par Sharkey. (*Med. Times*, p. 571, 19 mai.) — De quelques anomalies de la scissure de Rolando, par Tenchini. (*Riv. sper. di fren. e. di med. leg. fasc.* II-III.) — De la disposition des faisceaux des fibres nerveuses dans les différentes régions de la surface corticale du cerveau, par Baetz. (*Médizinsk. Obosrénie*, sept.) — Comparaison de l'excitabilité de la surface et des parties profondes du cerveau, par Couty. (*Acad. des Sciences*, 29 oct.) — Etude sur la localisation des fonctions cérébrales, par Benedikt (in-8°, *Vienne.*) — Atrophie du cerveau et du crâne à la suite des sections du sympathique cervical, par Dupuys. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 35, 1882.) —Indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral. Illusions, hallucinations unilatérales ou bilatérales provoquées chez les hystériques, par M. Dumontpallier. (*Ibid.*, n° 41, 1882.) — Expériences sur les lésions traumatiques de l'encéphale, par Bochefontaine. (*Ibid.*, n° 40, 1882.) — Positions spontanées de la main comme indication de l'état du cerveau, par Warner. (*Med. Times*, 9 déc. 1882.) — Gliome du pont de varole, par Money. (*Med. Times*, p. 570, 19 mai.)— Périencéphalite diffuse et ramollissement cérebral aigu survenant trois mois après une fièvre typhoïde (syphilis douteuse), par Carrieu. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier*, n° 35.) — Délire aigu, dégénérescence diffuse des artères cérébrales et foyers de ramollissement dans la substance cérébrale, par A. Erlitzki. (*Wiestn. Klin. i soudeb. psichiatr. i nevropat.*, n° 1.) — Un cas d'hémianopsie, par Rosenbach (*Wiestn. Klin. i soudebn. psichiatr. i nevropat*, n° 1.) — Hémiplégie droite et aphasie incomplète, hématome de la dure mère et aphasie devenue complète, par Raynaud. (L'*Encéphale*, n° 3.) — Ramollissement cérébral, par Babinski. (*Soc. anat.*, 2 mars.) — Sur quelques symptômes qui peuvent se montrer chez les hémiplégiques du côté opposé à l'hémiplégie, par Dignat (*Progrès médical*, 29 sept.) — Embolie de l'ar-

tère cérébrale moyenne (3 observations), par LINDSAY STEVEN. (*Glasg. med. Journ.*, XX. p. 251.) — Hydrocéphalie aiguë, drainage antiseptique, mort, par HAVEN. (*Boston med. and surg. journ.*, 23 mars 1882.) — Contusions du cerveau et de la moelle épinière, par J. LIDELL. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juill., p. 31.) — Traitement par l'électricité de l'hémiplégie consécutive à l'hémorragie cérébrale, par REGIMBEAU. (*Gaz. hebdom. sc. méd. Montpellier*, n° 21.)

**Césarienne** (Opér.). — Un cas d'opération de Porro, par PARISH (*Med. News*, 13 oct.)— Dystocie due à une tumeur du col de l'uterus. Opération de Porro, par FOCHIER. (*Arch. de tocol.*, juin.) — Du pédicule dans l'opération de Porro. Traitement intra-péritonéal par la ligature élastique et l'inversion du moignon, par CHALOT. (*Gaz. hebdom. Sciences méd. Montpellier*, n° 23.

**Chancre.** — Chancres simples du limbe ; bubon saillant et douloureux en imminence d'ouverture, résolution de ce bubon à la suite d'une marche forcée, par V. ROCHET. (*Lyon méd.*, 30 sept.) — La chaleur et le chancre simple, par AUBERT ; réponse de DIDAY. (*Lyon méd.*, 12, 19 et 26 août.)

**Charbon.** — Expériences pour déterminer si la sporification du bacillus anthracis a lieu chez les animaux infectés, et sous quelle forme il traverse le placenta dans les cas de transmission du charbon de la mère au fœtus, par CARITA. (*Giorn. della R. Acad. di Torino*, juin.) — Notes relatives à l'inoculation du charbon, par PERRONCITO. (*Ibid.*, avril-mai.) — Vaccinations charbonneuses en Italie, par PERRONCITO. (*Ibid.*, juin.) — Bacilles des crachats dans la pustule maligne, par D. COLLEY (*Med. Times*, p. 311, 17 mars.) — Des changements dans la composition chimique du lait chez les brebis inoculées avec le charbon, par N. MONOTZKOFF. (*Thèse, St-Pétersbourg*).—Du charbon chez l'homme traité par les cautérisations ponctuées superficielles, par S. JEANNEL. (*Montpellier méd.*, août.) — Détermination des causes qui diminuent la réceptivité de certaines régions de l'organisme pour le virus du charbon bactérien ou symptomatique, et transforment une inoculation mortelle en inoculation préventive, par ARLOING, CORNEVIN et THOMAS. (*Acad. des Sciences*, 12 nov.) — Le charbon bactérien (charbon symptomatique), pathogénie et inoculation préventive, par ARLOING, CORNEVIN et THOMAS (in-8°, 204 pag., *Lyon.*) — Expériences sur le passage des bactéridies charbonneuses dans le lait des animaux atteints du charbon, par CHAMBRELENT et MOUSSOUS. (*Acad. des Sciences*, 19 nov.)

**Cheveux.** — Changement subit de la couleur des cheveux et de la peau, par SMYLY. (*Med. Times*, p. 340, 24 mars.)

**Chimie.** — Dosage volumétrique du fer au moyen d'une solution d'hyposulfite de soude et de salicylate de soude, par BRUEL. (*Acad. des Sciences*, 29 oct.) —Sur l'entraînement du glucose par le précipité plombique, par LAGRANGE. (*Acad. des Sciences*, 15 oct.)

**Choléra.** — Rapport des commissions médicales chargées de déterminer la nature et les caractères de la maladie qui a éclaté à Damiette le 22 juin 1883. (*Broch. Alexandrie.*) — Le choléra, étiologie et prophylaxie, par A. PROUST. (In-8°, *Paris.*) — Lettre sur le choléra du Hedjaz, par SURET. (In-8°, *Paris.*) — Les cinq épidémies de choléra, par BOUCHARDAT. (*Revue scientifique*, 4 et 11 août.) — Le choléra asiatique, histoire, étiologie, symptômes et traitement, par WAKEFIELD. (In-8°, 125 pag., *Paris.*) —Le choléra au point de vue chimique, par RAMON DE LUNA. (*Acad. des Sc.*, 10 sept.)— L'Angleterre et le choléra, par ESPAGNE. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier*, n° 32.)— Des mesures prophylactiques et de l'organisation du service de l'assistance publique en temps d'épidémie cholérique. Rapport de la commission. (*Broch. Alexan-*

*drie.*) — Le cuivre et le choléra, par E. Vallin. (*Rev. d'hygiène*, sept.) — De l'emploi externe du cuivre métallique comme préservatif du choléra par Axel Lamm. (*Acad. des Sc.*, 5 nov.) — Injections nutritives intraveineuses et intra-péritonéales, dans le collapsus cholérique, par Richardson. (*Med. Times*, 4 août.)

**Chorée.** — Des paralysies chez les choréiques, par Ollive. (*Thèse de Paris*, 22 nov.) — Quelques cas de chorée, par Warner. (*Lancet*, 17 fév.)

**Choroïde.** — Recherches ophtalmoscopiques dans deux cas de cicatrices de la choroïde consécutives à une perforation traumatique du bulbe, par Bock. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, oct.)

**Climat.** — Traité de climatologie, par Hann. (In-8°, *Stuttgart.*) — Climat d'hiver d'Andermatt (Uri), par Schmid. (*Corresp. Blat f. schweizer Aerzte*, 15 oct. — Acclimatement, acclimatation et indigénation, par H. Rey. (*Rev. d'hyg.* V, 845, oct.) — Climatologie du Roussillon, par Fines. (*Congrès de la Rochelle*, 1882.)

**Cœur.** — Les dimensions du cœur humain, par W. Muller. (*Hambourg et Leipzig.*) — Sur la théorie de l'innervation du cœur et des vaisseaux sanguins; sur l'état post-mortem du cœur et sur l'action des aldéhydes sur l'organisme animal, par Dogiel. (*Méd. Obosrénié*, août.) — Insuffisance tricuspidienne expérimentale, par François Franck. (*Soc. de biologie*, n° 19, 1882.) — Ectopie cardiaque thoracitique, par Charpentier. (*Union médicale*, 14 oct.) — Affection congénitale du cœur compliquée de lésions développées après la naissance, par Cadet de Gassicourt. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, août.) — Cyanose congénitale avec hémiplégie droite chez une petite fille, par d'Espine. (*Revue médic. de la Suisse romande*, III, 540, sept.) — Affaiblissement intellectuel avec excitation d'apparence maniaque, consécutif à une lésion organique du cœur chez une jeune fille de 25 ans, par Saussol. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier*, n° 32.) — Sur certaines affections cardiaques en rapport avec des névralgies du membre supérieur gauche, par Potain. (*Congrès de la Rochelle*, p. 834, 1882.) — Endocardite ulcéreuse et végétante à forme typhoïde, par Hischmann. (*Soc. anat.*, 23 fév.) — Diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur, par Duroziez. (*Union médicale*, 16-18 oct.) — De la sympnyse cardiaque. Des insuffisances valvulaires qui peuvent en résulter, par Hayem et Gilbert. (*Union médicale*, 27 sept.) — Du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique combinés, par Duroziez. (*Union médicale*, 19 août.) — Considérations cliniques sur les lésions cardiaques chez les vieillards, par Latorre. (*Thèse Montpellier*, n° 21.) — De l'asystolie, par H. Arnaud. (*Montpellier médical*, août-septembre.) — Psychose chez un cardiaque, par Leclerc. (*Lyon méd.*, 21 oct., p. 255.) — Plaie par arme à feu du cœur, trajet singulier parcouru par le projectile, par Laugier. (*Soc. anat.*, 23 fév.)

**Conjonctive.** — Granulome et tuberculisation de la conjonctive, par Falchi. (*Giorn. della R. Acad. de Torino*, fév.) — De la tuberculose de la conjonctive, par Hesseling. (*Inaug. Diss. Bonn.*) — Conjonctivite diphtéritique des deux yeux, adénite, mort, par Zwingmann. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 5.) — De la conjonctivite épidémique contagieuse, par A. Schiastny. (*Méd. Wiéstnik*, n^os 30-36.) — Cas de conjonctivite granuleuse guérie par le jéquirity, par Peschel. (*Gaz. degli ospitali*, mai.)

**Coqueluche.** — Emphysème interlobulaire et abcès des poumons à la suite de la coqueluche, chez un enfant de deux mois, par W. Vorthrup. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juil., p. 147.)

**Cornée.** — Avantages de la détermination des courbures de la cornée avec l'ophtalmomètre de Javal et de Schiötz, par LAQUEUR. (*Berlin, klin. Woch.*, p. 686, 29 octobre.) — Gangrène cornéenne occasionnée par une nourriture insuffisante, par THALBERG. (*Arch. f. Augenh.*, XII, 3.) — Des effets de l'ésérine sur la kératite suppurative, par MORANO (*Ann. di. ottalmol.*, XII, p. 326.) — Kératites expérimentales; résultats contraires à la théorie de Stricker sur l'inflammation, par J. MINOR. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juil., p. 120.) — De l'iridectomie double pour la cure du staphylome partiel de la cornée, par GALLENGA. (*Giorn. della R. Acad. de Torino*, janv.)

**Corps étranger.** — Corps étranger dans les voies aériennes pendant deux ans, expulsion spontanée, par GRANVILLE FAUGHT. (*Med. news*, 13 oct.) — Histoire d'un fragment d'os retenu dans la portion sous-glottique du larynx, par RAMON DE LA SOTA. (*Arch. of laryngolog.*, IV, n° 1.) — Extirpation d'un pot de pommade introduit dans le rectum, par M. POLLOSSON. (*Lyon méd.*, 16 sept.)

**Crâne.** — Sur la grandeur du front et des principales régions du crâne chez l'homme et chez la femme, par MANOUVRIER. (*Congrès de la Rochelle*, p. 623, 1882.) — Mémoire sur le basiotique, un nouvel os de la base du crâne, situé entre l'occipital et le sphénoïde, par PAUL ALBRECHT. (*Bruxelles.*) — Des modifications des fissures traumatiques du crâne par la croissance, par BERGMANN. (*Verh. d. deuts. Ges. f. Chir.*, 12e *Congrès.*) — Fracture comminutive du temporal avec hernie du cerveau ; guérison, par SHELDON. (*Lancet*, 20 juin.) — Deux observations de fracture de la base du crâne, guérison, par JONES. (*Med. Times*, 24 mars.) — Guérison d'une fracture de la base du crâne, par A. VOELKEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 614, 1er oct.) — Fracture du crâne comminutive avec enfoncement de la région frontale droite. Issue de substance cérébrale. Extraction des fragments. Guérison régulière, par MARCUS BECK. (*Med. Times*, I, p. 172, 1882.)

**Cristallin.** — L'accroissement du cristallin, par P. SMITH. (*Opht. Soc. med. Times*, 20 janvier.) — Sur la distribution de la cataracte dans la région lyonnaise, par GAYET. (*Congrès de la Rochelle*, p. 763, 1882.) — De l'astigmatisme consécutif à l'opération de la cataracte par extraction, par BONO, (*Giorn. della R. Acad. di Torino*, mars.) — De la cataracte d'origine rénale, par DEUTSCHMANN. (*Arch. f. Opht.*, Band XXIX, 3 Abth.) — Luxation latérale du cristallin avec glaucome secondaire, par P. SMITH. (*Ophthalmic Review*, II, n° 23.) — Luxation spontanée du cristallin dans l'humeur vitrée, par MAZZA. (*Ann. di ottalmol.*, XII, p. 320.) — Des méthodes pour accélérer la maturité de la cataracte, par GALLENGA. (In-8°, *Turin.*) — Leçons sur la cataracte, ses causes, ses variétés, son traitement, par G. COWELL. (In-8°, *Londres.*)

## D

**Daltonisme.** — Rapport sur l'examen de la sensibilité chromatique chez les employés des chemins de fer du sud, par VELARDI. (*Ann. di Ottalm.*, XII, p. 297.) — Un cas de daltonisme pour le vert, par JAMES MINOR. (*Am. Journ. of the Med. Sc.*, p. 471.)

**Dent.** — Hémorragie grave, suite d'avulsion d'une grosse molaire chez un enfant, par EDMOND MARTIN. (*Revue médicale Suisse romande*, III, 540, sept.)

**Diabète.** — Des hémiplégies dans le diabète sucré, par Escudié. (*Thèse de Paris*, 13 nov.) — Un cas d'hémiplégie survenue dans le cours d'un diabète sucré, par Raymond et Artaud. (*L'Encéphale*, n° 3.) — Étude sur le diabète sucré, par Zimmer. (In-8°, *Carlsbad.*) — Note sur un cas de coma diabétique (survenu après un vomitif), par V. Gautier. (*Rev. méd. Suisse romande.* III, 512, sept.) — La pathologie du diabète, discussion à la pathologic Society (*Med. Times*, 14 avril.) — Note sur l'inosurie succédant au diabète glycosurique et paraissant avoir une action favorable, par Laboulbène. (*Union médicale*, 14 oct.) — Un cas de diabète aigu, par Jones (*The Lancet*, 24 fév.) — Diabète par E. Demange. (*Dict. encycl. des Sciences méd.*, 1re série, t. XXVIII.) — Glycosurie par G. Morache. (*Dict. encycl. des Sciences méd.*, 4e série, t. IX.) — Agents stéatogènes dans le diabète artificiel et spontané, par Quinquaud. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 27, 1882.) — Contribution à l'étude des maladies oculaires d'origine diabétique : paralysie de l'abduction ou amblyopie, par Gutmann. (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, oct.) — Amblyopie centrale dans le diabète, par Nettleship. (*Opht. Soc.; Med. Times*, 23 déc. 1882.) — Traitement du diabète insipide par l'ergot de seigle, par A. Carter. (*Birmingham med. Review*, déc. 1882.) — Traitement du diabète insipide par l'ergot de seigle, par Hammond Williams. (*Lancet*, 12 mai.)

**Diaphragme.** — Diaphragme (anatomie, physiologie et pathologie), par A. Hénocque et C. Éloy. (*Dict. encycl. des Sciences méd.*, 1re série, t. XXIX.) — Diaphragmatique (nerf, névralgie), par A. Hénocque et Ch. Éloy. (*Dict. encycl. des Sciences méd.*, 1re série, t. XXIX.)

**Diarrhée.** — Diarrhée par Du Cazal. (*Dictionn. encycl. des Sciences méd.*, 1re série, t. XXIX.) — Diarrhée endémique, par J. Mahé. (*Dict. encycl. des Sciences méd.*, 1re série, t. XXIX.)

**Diathèse.** — Diathèse, par J. Grasset. (*Dictionn. encycl. des Sciences méd.*, 1re série, t. XXIX.)

**Digestion.** — Les phénomènes de la digestion chez les animaux invertébrés, par Bourquelot. (*Revue scientifique*, 23 juin.)

**Diphtérie.** — De l'anesthésie cutanée progressive ou croup, par anoxémie, par Bouchut. (*Congrès de La Rochelle*, p. 840, 1882.) — Diphtérie nasale, par Amory de Blois. (*New York med. Journal*, 3 fév.) — Étiologie et nature de la diphtérie et pathogénie de la mort subite de cette affection, par Woakes. (*Lancet*, 17 mars.) — De la paralysie diphtéritique, par P. Kidd. (*Royal Soc.; Med. Times*, 20 janv.) — Nouvelles observations sur l'emploi de la quinoline dans la diphtérie, par Otto Seifert. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 et 10 sept.) — Du traitement de la diphtérie, par Boldt. (*Ibid.*), 24 sept.) — Traitement du croup par les granules de sulfure de calcium, par Meunier. (*Union médicale du Nord-Est*, août.)

**Dysenterie.** — Dysenterie chronique, péritonite diffuse aiguë, mort, par Hiller (*Charité Annalen*, VII, p. 314.) — Étiologie et traitement de la dysenterie aiguë épidémique, par Bigaud. (*Thèse de Montpellier*, n° 59.)

## E

**Eau.** — Sur l'analyse micrographique des eaux, par Certes. (*Congrès de la Rochelle*, p. 777, 1882.)

**Eaux minérales.** — Les eaux minérales ferrugineuses de Charbonnières (Rhône), par A. Girard. (In-8°, *Lyon.*) — Analyses de l'eau-mère de Kreuznach, par H. Aschoff. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 617, 1er oct.) — Analyse de l'eau minérale d'Eucheloup, par Lefort. (*Journal de pharmacie*, juil.) — Sur les effets thérapeutiques des eaux minérales de Ceresole Reale, par Balp. (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, juin.) — De l'emploi des eaux minérales françaises chez les enfants, par Jules Simon. (*Progrès médical*, 2-9-23 juin.) — De l'emploi des eaux-mères de Salins du Jura en chirurgie et en médecine, par Guyenot. (In-8°, *Vichy.*)

**Éclampsie.** — Sur quelques formes d'éclampsie chez les femmes enceintes, par Robin. (*Thèse de Paris*, 22 nov.) — De l'éclampsie puerpérale plus spécialement étudiée au point de vue de la pathogénie, par Espagne. (*Thèse Montpellier*, n° 10.) — Éclampsie tardive pendant les suites de couches, par Loehlein. (*Zeit. f. Geburts. u. Gyn. B.* VIII, Heft. 2.)

**Électricité.** — Faradisation dans l'acné pustuleuse, par Stuver. (*Med. News*, 27 oct.) — Électricité médicale et électrothérapie, par J. Rosenthal et M. Bernhardt. (*Berlin*, 1884.) — L'électricité dans l'ophtalmothérapie, par L. da Fonseca. (*Archivo ophtalmotherapico de Lisboa*, mai à déc. 1882.) — Des indications comparées de l'électricité statique et de l'électricité dynamique, par Rockwell. (*New York med. Journal*, 3 fév.) — Paralysie du grand dentelé et du rhomboïde, améliorée par l'électricité, par Ferrier. (*Lancet*, 9 juin,) — Action polaire du courant induit, par Vigouroux. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 14, 1882.) — Mouvements localisés par des courants faradiques à travers le crâne, chez le chien, par Orchansky. (*C. R. de la Soc. de Biologie*, n° 40, 1882.) — De l'emploi des courants continus, par Regimbeau. (*Gaz. hebd. Sciences méd. Montpellier*, n° 45.)

**Empoisonnement.** — De la matière toxique à travers les siècles, par P. Pezet. (*Thèse de Montpellier*, n° 46.) — Des altérations dans le système vasculaire et des différents organes sous l'influence de l'intoxication chronique par la cantharidine, par A. Langovoj. (*Médiz. obosrénié*, sept.) — De l'état des nerfs sensitifs dans l'intoxication strychnique, par Couty (*Acad. des Sciences*, 22 oct.) — Empoisonnement par la strychnine chez un chien, par Billings. (*New York med. Journal*, 16 juin.) — Traitement de l'empoisonnement par la strychnine, par J. Delaunay. (*Congrès de la Rochelle*, p. 837, 1882.) — Sur l'empoisonnement par le jéquirity, par Cornil et Berlioz. (*Académie des Sciences*, 8 octobre.) — Sur l'empoisonnement par le jéquirity, par Cornil et Berlioz. (*Acad. des Sciences*, 17 sept.) — La morphiomanie et le morphinisme, par Landowski. (*Congrès de la Rochelle*, p. 695, 1882.) — Contribution à l'étude de la morphine et du morphinisme chronique, par Wolters. (*Thèse Montpellier*, n° 27.) — Morphinomanie, rétrécissement spasmodique de l'urèthre, par Rizat. (*L'Encéphale*, n° 3.) — Un cas d'empoisonnement par le citrate de caféine ; guérison, par Routh. (*Lancet*, 21 avril.) — Deux cas d'empoisonnement par les champignons, par J. Trask. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, p. 358.) — Paralysie ataxique observée chez les Kabyles, à la suite de l'ingestion d'une variété de gesse, par M. Grandjean. (*Archives de méd. et de pharm. milit.*, I, p. 95.) — Étude du lathyrisme, intoxication par les gesses, par L. Astier. (In-8°, 51 pages, *Lyon.*) — Trois cas d'empoisonnement par l'acide chlorhydrique, par Phillips. (*Med. Times*, 2 juin.) — Empoisonnement par l'acide chlorhydrique, par Blomfield. (*Med. Times*, 28 avril.) — Empoisonnement par le phosphore, par Cayley. (*Lancet*, 16 juin.) — Empoisonnement par le phosphore, par Henry. (*Med. News*, p. 215, 25 août.) — Un cas d'empoisonnement par le bichromate de potasse, par E. Orr Magniven. (*Glasg. med. Journ.*, p. 373.)

— Absorption de zinc à la suite de l'usage local d'une solution de chlorure de zinc dans le traitement d'une brûlure ; néphrite consécutive, par Stimson. (*New York med. Journal*, 26 mai.) — Un cas d'empoisonnement par le trichlorure d'antimoine (beurre d'antimoine), par Cooke. (*Lancet*, 19 mai.) — Empoisonnement par deux drachmes (7 gr.) d'arsenic; guérison, par Hemenway. (*Med. News*, 27 oct.). — Mort par suite d'usage externe de l'acide borique pulvérisé, par Brose. (*Med. News*, 25 août.) — Recherches expérimentales sur l'empoisonnement aigu produit par le séjour dans les salles d'épuration des usines à gaz, par C. Saunier (In-4°, 53 pages. *Nancy*.)

**Enchondrome.** — Enchondromes récidivés de la tête et du cou, par Lawson. (*Med. Times*, p. 255, 3 mars.) — Enchondrome des poumons, avec néoplasme secondaire dans le cerveau, par Churton. (*Lancet*, 31 mars.)

**Endocarde.** — Endocardite ulcéreuse, par Taylor. *Med. Times*, p. 677, 2 décembre 1882.) — Deux cas d'endocardite ulcéreuse, par Penny. (*Lancet*, 7 avril.)

**Enfant.** — De la différence dans l'augmentation du poids chez les enfants d'un grand et d'un petit poids, par N. Woronoff. (*Medizinsk. Obosrénié*, sept.) — Manuel de pathologie et de clinique infantiles, par Descroizilles (In-18, *Paris*.) — De quelques troubles du système nerveux chez les enfants, par Dubrisay. (*Union médicale*, 16 septembre.) — Embolie cérébrale chez une enfant de quinze ans, suivie d'hémorragie, par Totherick. (*Lancet*, 16 juin.) — De l'empyème chez les enfants et de son traitement, par Goodhart. (*Med. Times*, 6 janvier.) — Leçon clinique sur la grippe chez les enfants, par N. Filatoff. (*Moscou*.) — Sarcome de la vulve et du pubis développé chez un enfant de cinq ans, quatre récidives, généralisation, infiltration de la paroi abdominale, tumeur de la vessie, mort, par Launois. (*Soc. Anat.*, 16 mars.) — Plaie contuse de la cuisse et de la jambe chez un enfant de quatorze mois, gangrène, mort. — Discussion sur les amputations chez les enfants, par Parker. (*Med. Times*, p. 420, 14 avril.)

**Entozoaire.** — Les parasites animaux de l'homme, par Max Braun. (*Wurzbourg*.) — Note sur les anguillules et les anchylostomes, par Grassi. (*Giorn. della R. Accad di Torino*, fév.) — Ictère consécutif à l'obstruction du canal cholédoque par un ascaride lombricoïde, par Mallins. (*Lancet*, 30 juin.) — Note sur un cas de cysticerque du sein, par Guermonprez. (*Lyon méd.*, 16 sept.)

**Épilepsie.** — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie ; compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1881, par Bourneville, Bonnaire et Wuillamié. (In-8°, 180 pages, *Paris*.) — Leçon sur l'épilepsie, par Hammond. (*New York med. Journal*, 31 mars.) — Accès d'épilepsie causés depuis douze ans par un fragment d'aiguille à tricoter implanté dans l'arcade sourcillière. Extraction suivie de guérison, par Perrier. (*Revue médic. Suisse romande*, août.) — Dix-sept cas d'épilepsie traités par le nitrite de sodium, par Ralfe. (*Med. Times*, p. 707, 9 déc. 1882.) — Sur le traitement de l'épilepsie, par Vidal. (*Thèse de Lille*, 3 août).

**Épithélioma.** — Deux cas d'épithélioma apparu sur d'anciennes cicatrices, par Lawson. (*Med. Times*, p. 683, 16 juin.) — Épithélioma du pouce développé sur une cicatrice, par Berbez. (*Soc. Anatom.*, 23 mars.)

**Érysipèle.** — De quelques maladies accompagnant l'érysipèle, par J. Hutchinson. (*Med. Times*, 6 janv.) — Néphrite hémorragique aiguë mortelle

dans le cours d'un érysipèle migrateur, par HILLER. (*Charité Annalen*, VII, p. 314.)

**Estomac.** — Un cas de tumeur pileuse enlevée de l'estomac par la gastrostomie, par SCHOENBORN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXIX, 3, p. 609.) — Plexus solaire; étiologie de la dyspepsie, par LEVEN. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 40, 1882.) — Physiologie pathologique de la faim, par LEVEN. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 11, 1882.) — Ulcère tuberculeux de l'estomac, par PISEK. (*Deustch. med. Zeit.*, n° 41, 1882.) — Épithélioma de l'estomac avec noyaux secondaires de la peau, par FINLAY. (*Med. Times*, p. 370, 31 mars.) — Etude clinique de la dispepsie gastrique, par ALLEMAND. (*Thèse Montpell.*) — Cancer colloïde de l'estomac, par PYE SMITH. (*Med. Times*, p. 675, 2 déc. 1882.) — Cancer de l'estomac propagé à la rate, au rein gauche et au foie. Absence de phénomènes douloureux. Pas d'hématémèses ni de melæna, par BRODEUR. (*Soc. anat.*, 22 déc. 1882.) — Cancer pylorique légèrement ulcéré; cancer secondaire du foie et des ganglions rétro-hépatiques; congestion pulmonaire; pleurésie commençante à droite; hématémèses considérables, par JOSIAS et DÉRIGNAC. (*Progrès médical*, 18 août.) — Un cas d'adénome de l'estomac, diagnostic différentiel de quelques tumeurs gastriques, par PISENTI. (*Riv. clin. di Bologna*, n° 8.) — De l'emploi de l'iode comme sédatif de l'estomac, par T. GAUNT. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, p. 413.) — De l'utilité et de l'innocuité de la sonde à syphon pour le lavage de l'estomac, par BIANCHI. (*Riv. clin. de Bologna*, n° 8.) — Deux cas de résection de l'estomac, par GUTSCH. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXIX, 3, p. 650.)

**Exanthème.** — Cas d'exanthème bromique, par HORROCKS. (*Med. Times*, 2 déc. 1882.)

## F

**Ferment.** — Sur la formation de quantités notables d'alcool dans la fermentation panaire, par MARCANO. (*Acad. des Sciences*, 12 nov.) — Ferments et microparasites, par C. FLUGGE. (*Von Pettenkofer und von Ziemssen's Handbuch der Hygiène*, 1re part., 2e sect. Leipzig). — Action du champ magnétique sur les fermentations, par D'ARSONVAL. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 15, 1882.) — Action des chlorures de lithium, de sodium et de potassium, sur la fermentation lactique, par M. CH. RICHET. (*Ibid.*, n° 21, 1882.) — Appareil enregistreur des phénomènes de fermentation, par P. REGNARD. (*Ibid.*, n° 23, 1882.)

**Fièvre.** — Du traitement des fièvres infectieuses par les inhalations antiseptiques, et de l'usage du chloroforme ammonié, par RICHARDEAU. (*Lancet*, 9 juin).

**Fièvre intermittente.** — De la fièvre typho-malariale, par R. WEBB. (*Am. Journ. of the Med. Soc.*, p. 450.) — Démonstration de l'inefficacité de l'iode dans les fièvres paludéennes (76 observations), par ATKINSON et HIZAM WOODS. (*Ibid.*, juillet, p. 63.) — Quelques considérations sur le marais et la fièvre intermittente, par GUÉRARD. (*Thèse Montpellier*, n° 18.)

**Fièvre jaune.** — Note sur les microbes de la fièvre jaune et sur les lésions du foie et de rein dans cette maladie, par BABÉS. (*Acad. des Sciences*, 17 sept.) — Les épidémies de fièvre jaune au Sénégal en 1878 et 1881, par VINCENT. (*Thèse Montpellier*, n° 47.)

**Fistule.** — Des fistules vésico-vaginales, par Ewing Mears. (*Med. News*, 18 août.) — Des fistules recto-vulvaires et recto-vaginales inférieures, par C. Monod. (*Congrès de la Rochelle*, p. 754, 1882.)

**Foie.** — Anomalies des conduits hépatiques, par Zoja. (*Boll. scient. di Pavia*, V, *fasc.* 1 et 2.) — Étude expérimentale sur la régénération partielle et sur la néoformation du foie, par Tizzoni. (*Arch. ital. de biol.*, III, p. 267.) — Recherches expérimentales et pathologiques sur l'hypertrophie et la régénération partielle du foie, par Colucci. (*Ibid.*, III, p. 270.) — Considérations cliniques et étiologiques sur une série de cas d'ictères, par Eudes. (*Arch. de méd. et de pharm. m^res^*, t. I, p. 35.) — Abcès hépatique ouvert dans les bronches, guérison, par J. Orr. (*Med. News*, 25 août.) — Abcès sus hépatique, par Packard. (*Med. News*, p. 247, 1^er^ sept.) — Un cas de cirrhose hypertrophique du foie avec ictère chronique, par A. Partzéwski. (*Méd. Obozrén.*, juillet.) — Périhépatite hémorragique, présentant tous les signes d'une cachexie cancéreuse, mort, par de Langenhagen et Launois. (*Soc. anat.*, 9 mars.) — Altérations de la veine cave dans la cirrhose hépatique, par Giovani. (*Boll. scient. di Pavia*, V, 1 et 2.) — Abcès du foie ; ponction dans le 8^e^ espace intercostal ; résection sous-périostée d'un tronçon de la 9^e^ côte ; large ouverture et drainage de la cavité ; guérison, par Gulliver. (*Lancet*, 24 mars.) — Dysenterie et abcès du foie, par Fayrer. (*Ibid.*, 19 mai.) — Un cas de périhépatite aiguë, par W. Anderson. (*Glasg. med. Journ.*, XX, p. 297.) — Hypertrophie du lobe droit du foie prise pour un fibrome de l'ovaire, par Atlee. (*Med. News*, 15 sept.) — Sur l'adénome du foie, par Rovighi. (*Arch. per le sc. med.*, VII, p. 87.) — De l'éther amyl valérianique (principe actif des pommes) de son action sur la cholestérine et de sa supériorité sur le chloroforme comme dissolvant des calculs hépatiques, par Bruel. (In-8°, Paris.)

**Forceps.** — Nouveau modèle de forceps à traction suivant l'axe, par C. Breus. (*Arch. f. Gynæk.*, XX, Heft 2.) — D'un tracteur qu'on peut annexer à volonté au forceps classique, par Crouzat. (*Arch. de Toco*, juin.)

**Foudre.** — Effets produits par un coup de foudre (fracture du crâne chez deux personnes), par Laugier. (*Acad. des Sc.*, 19 nov.)

**Fracture.** — Traité pratique des fractures et des luxations, par Hamilton, traduit sur la 6^e^ édit. et annoté par G. Poinsot. (In-8°, 284 pages, *Paris*.) — Sur le traitement des fractures auriculaires compliquées de plaie, par Stimson. (*New York, med. Journ.*, 9 juin.) — Fracture de la colonne cervicale avec compression de la moelle ; guérison, par Jackson. (*Lancet*, 10 février.) — Un cas de fracture de l'extrémité sternale de la clavicule, par Serre. (*Gaz. hebdom. Sc. méd. Montp.*, n° 19.) — Fracture de plusieurs côtes à leur extrémité antérieure. Diagnostic d'avec les luxations chondro-costales par Saussol. (*Ibid.*, n° 35.) — Fracture du fémur chez l'enfant, par Dubrueil. (*Ibid.*, n° 21.) — De l'épanchement du genou consécutif aux fractures du fémur, par Cornier. (*Th. Montpellier*, n° 52.) — Fracture bimalléolaire, par Morel-Lavallée. (*Soc. anat.*, 2 mars.) — Un cas de fracture du calcanéum, par Saussol. (*Gaz. hebdom. de Montpellier*, n° 14.)

## G

**Gangrène.** — Gangrène du pied chez un vieillard, athérome généralisé, caillot fémoral, mort, par Durand-Fardel. (*Soc. anatom.*, 16 mars.) — Deux

observ. d'érythème gangreneux, par Colcott Fox. (*Roy. soc.; Med. Times*, 20 janv.) — Gangrène symétrique chez une enfant, par Southey. (*Med. Times*, p. 709, 9 oct. 1882.) — Gangrène spontanée traitée par le thermocautère et les pansements antiseptiques, par Lecler. (*Congrès de la Rochelle*, p. 758, 1882.) — Sur la gangrène foudroyante traumatique, par Bernard. (*Thèse de Lille*, 29 janv.) — Gangrène sèche du petit doigt, d'origine probablement paludique, par Pineau. (*Union médicale*, 20 sept.) — Gangrène symétrique des extrémités, compliquée de divers autres phénomènes vaso-moteurs, par Southey. (*Lancet*, 5 mai.) — Deux observations de gangrène gazeuse foudroyante (Dans les deux cas l'autopsie ne put être faite), par Dubrueil. (*Gaz. hebdom. Sc. méd., Montpellier*, n° 43.)

**Gastrostomie.** — Gastrostomie pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage, de nature indéterminée, chez un homme de 40 ans. Guérison, par de Cérenville et Dupont. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, III, 583, octobre.) — Gastrostomie, œsophagotomie externe et interne dans le traitement du rétrécissement de l'œsophage, par Mackenzie. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 420.)

**Gelure.** — Des gelures, par Catiano. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXVII, 2, p. 278.

**Géographie médicale.** — Essai sur l'hygiène et la pathologie de l'Annam et du Tongkin, par Collomb. (In-8°, *Lyon.*) — Compte rendu du premier Congrès international de médecins des colonies, tenu à Amsterdam en 1883, par Van Overbeck et Meyer. (*Rev. d'hyg.*, p. 839, oct.) — Observations médicales sur le poste de Negrine (Constantine), par Vuillemin. (*Archives de méd. et de pharm. milit.*, p. 317.)

**Glandes.** — Glandes (anatomie et physiol.), par H. Chrétien. (*Dict. encyclop. des sc. med.*, 4° série, t. IX.)

**Glaucome.** — Glaucome, par Gayet. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4° série, t. IX.) — Contribution à l'étude clinique du glaucome, par J. Jacobson. (*Arch. f. Ophtalm.*, B. 29, fasc. III.)

**Goutte.** — Etude sur la goutte et ses différents modes de traitement, par Souligoux. (In-8°, 135 p. *Vichy.*)

**Grossesse.** — Des rapports du gravidisme et du traumatisme, par A. Faucon. (In-8°, 32 p., *Lille.*) — Grossesse gémellaire, par Rivet. (*Arch. de Tocol.*, juin.) — Vomissements incoercibles de la grossesse (3 observations), par W. Brock. (*Glasg. med. Journ.*, p. 198.) — De la version céphalique par manœuvres externes pendant la grossesse, par Parreno. (*Thèse de Paris*, 13 nov.) — Spasmes cloniques de l'utérus probablement de nature hystérique survenus deux fois chez la même femme pendant les périodes de gestation et d'allaitement, par A. Nozeran. (*Gaz. hebd. Sc. méd., Montpellier*, n° 34.) — Epithélioma du col extirpé pendant la grossesse sans amener l'avortement, par Godson. (*Med. Times*, p. 228, 24 fév.) — Superfétation, par Outhwaite. (*Med. Times*, p. 108. 27 janv.) — Un cas de grossesse extra utérine ; rupture du kyste. Mort, par Berry. (*Lancet*, 24 mars.) — Grossesse extra-utérine suivie de l'évacuation d'os fœtaux par la vessie ; fistule utéro-vésicale persistante, par Symonds. (*Lancet*, 10 mars.)

**Gynécologie.** — Des sutures dans les opérations de gynécologie, par James Hunter. (*New York med. Journ.*, 20 janv.)

## H

**Hématome.** — Hématome de la partie supérieure du médiastin, amenant la mort par suffocation, par Eskridge. (*Med. News*, p. 214, 25 août.) — Un cas d'hématocèle sous-péritonéale, par Grynfeltt. (*Gaz. heb. des sc. méd. de Montpellier*, n° 36.)

**Hémorragie.** — Traitement de l'hémorragie après l'accouchement, par P. Boulton. (*Med. Times*, p. 498, 5 mai.) — De l'emploi de l'eau chaude dans les hémorragies secondaires après les opérations obstétricales, par A. Smith. (*Med. News*, 322, 22 sept.) — Note sur un cas d'hémorragie ombilicale, par Hirigoyen. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 juillet.) — Tumeur kystique du cou, incision, suppuration, hémorragie subite, ulcération de la carotide externe. Mort, par Savary. (*Med. Times*, p. 579, 11 nov. 1882.) — Hémorragie sous-périostique probablement scorbutique de trois os longs chez un enfant rachitique par H. Page. (*Med. Times*, p. 395, 7 avril.) — De l'hémoptysie endémique, par Manson. (*Lancet*, 31 mars.)

**Hémorroïde.** — Cure radicale des hémorroïdes, par Edgelow. (In-8°, *Londres.*)

**Hernie.** — De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées compliquées d'adhérences de gangrène, entérectomie et entérorraphie, par Barette. (*Thèse de Paris*, 21 nov.) — Sur les hernies de Littré, par Jéfremowsky. (*Médiz. Obosrénié*, sept.) — Un cas de hernie de la ligne blanche de l'abdomen; par D. Nikolski. (*Méd. Wiétstnik*, n° 32.) — Hernie inguinale, hydrocèle concommittant, étranglement à l'orifice interne du canal. Opération. Guérison, par Le Picard. (*Med. Times*, I, p. 469, 1882.) — Hernie inguinale étranglée. Opération. Guérison après diverses complications, par Gayraud. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 20.) — Deux opérations de kélotomie, par Gayraud. (*Gaz. hebd. Sc. méd. de Montpellier*, n° 37.) — Observation de hernie crurale étranglée chez un homme de 73 ans. Opération, guérison, par Blackwood. (*Med. News*, 6 oct., p. 388.) — Leçon sur un cas de hernie crurale étranglée, par G. Cowell. (*Med. Times*, 18 août.) — Hernie ombilicale congénitale irréductible, contenant le cœcum. Opération. Mort, par Godlee. (*Med. Times*, 9 juin.) — Sur l'étranglement herniaire, par Richelot. (*Union médicale*, 9 octobre.) — Considération sur l'étranglement herniaire et de la kélotomie sans ouverture du sac, par Carle. (*Thèse de Lille*, 1er août.) — Epiplocèle crurale étranglée, par Després. (*Union médicale*, 6 sept.) — Hernie crurale volumineuse, rupture des enveloppes, issue d'une anse intestinale au dehors, réductions après plusieurs heures. Guérison, par Pitts. (*Lancet*, 7 avril.) — Hernie diaphragmatique, par A. Boursier. (*Dict. encycl. des Sc. méd.* 1re série, t. XXIX.) — Cure radicale des hernies par les injections sous-cutanées, par Warren. (*Glasg. med. Journ.*, mars, avril, mai.) — Trois cas d'opération pour la cure radicale de la hernie inguinale; emploi des précautions antiseptiques; succès complet, par Lawrie. (*Lancet*, 12 mai.) — Opération de cure radicale de la hernie crurale, par Brown. (*Lancet*, 23 juin.)

**Herpès.** — Herpès zoster purpurique, par C. Dulles. (*J. of. cut. and ven. diseases*, mai.)

**Histologie.** — Appareil pour régler le déplacement horizontal des préparations sur la platine du microscope, par Calliano. (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, avril, mai.)

**Hôpital.** — Projet de construction et plan d'un hôpital pour maladies infectieuses, par P. Gordon Smith. (*Med. Times*, 3 fév.)—Berck et les hôpitaux maritimes, par V. du Claux. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.) — Remarques sur l'importance d'avoir des infirmières instruites pour les petites villes et les districts ruraux; moyen de se les procurer, par Gross. (*Med. News*, 15 sept.)

**Hydatide.** — Deux cas d'hépatotomie (incision simple) pour hydatide du foie, par K. Thornton. (*Med. Times*, 27 janv.) — Kyste hydatique du cerveau, par Babinski. (*Soc. anat.*. 2 mars.) — Tumeur hydatique de l'orbite, par Mules. (*Ophtalm. Soc.*; *Med. Times*, 23 octobre 1882.) — Trois cas de hystes hydatiques sous-conjonctivaux avec remarques sur la structure histologique de la capsule, par Jany. (*Klin. Monatsbl. f. Angenheilk.*, août.) — Kyste hydatique intermusculaire dans la région des lombes, par Hall. (*Lancet*, 23 juin.)

**Hygiène.** — Rapport de la commission d'assainissement de Paris sur les causes de l'infection signalée en 1880; observation des ingénieurs du service municipal, par Hermel. (*L'Art médical*, avril.) — Rapport annuel du bureau d'hygiène de la ville de Reims, par Langlet. (In-8°, 38 p., *Reims.*) — Rapports entre la géologie et l'hygiène, par W. Eassie. (*Sanitary Record*, n° 311, p. 51, août.) — L'hygiène à l'exposition industrielle de Moscou en 1882, par W. Orloff. (*Kazan.*) — Rapport général sur les travaux des conseils d'hygiène et de salubrité du département de Seine-et-Oise en 1882, par Lefebvre. (In-8°, p. 111, *Versailles.*) — Compte-rendu de la sous-section d'hygiène et de médecine publique de l'Association française pour l'avancement des sciences. (*Revue d'hyg.*, V, 761, sept.) — De l'organisation départementale de la médecine publique dans le Calvados, par Gibert. (*Rev. d'hyg.*, V. 810, oct.) — L'exposition d'hygiène à Berlin, par C. Zuber. (*Rev. d'hyg.*, sept.) — Sur l'état sanitaire de la ville de Rochefort, par Bourru. (*Congrès de la Rochelle*, p. 710, 1882.)— Manuel de gymnastique à l'usage des jeunes filles, par Gayrard. (In-8°, *Rennes.*) — La crémation, par L. Malo. (In-8°, *Lyon.*)—Les maladies contagieuses à Paris, par Bouchardat. (*Rev. scientif.*, 22 sept.) — Hygiène des professions, cultures et métiers insalubres dans les colonies, par da Silva Amado. (*Rev. d'hyg.*, V. 843, oct.) — La profession de plombier en Angleterre et en Amérique, par E. Vallin. (*Revue d'hyg.*, 793, oct.) — Maladies observées chez les détenus employés à la fabrication des cordes d'Alfa, par Vuillemin. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, t. I., p. 91.) — Désinfection des wagons, ayant servi au transport des animaux, par Joltrain. (*Journ. d'hyg.*, p. 300.)

**Hystérie.** — Etude symptomatologique sur le somnambulisme, par E. Chambard. (*Lyon méd.*, 19 août.) — Nouveau cas d'hystérie chez l'homme, par Bourneville et Dauge. (*Progrès médical*, 25 août.) — Un cas d'hystérie viscérale avec phénomènes dyspnéiques, par E. Mackey. (*Lancet*, 10 fév.) — Du mutisme hystérique, par L. Reviliiod. (*Rev. méd. Suisse romande*, III, 560 et 585, oct.) — Quelques considérations sur l'hystérie, par Sarda. (*Montpellier méd.*, juillet.) — Hystérie et névralgie ovarienne, par Landau. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er oct.) — Transfert chez les hystériques, par Dumontpallier. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 8, 1882.) — De la disparition des zones hystérogènes de la colonne, au point de vue du traitement de la grande hystérie, par Baraduc. (*Union médicale*, 11 sept.)

I

**Injection.** — Des injections interstitielles dans les épithéliomes par Duplouy. (*Congrès de la Rochelle*, p. 767, 1883). — Injection sous-cutanée de nitroglycérine (faite par erreur, sans accident). (*Med. Times*, p. 445, 21 août.)

**Intestin.** — Quelques cas de cancer de l'intestin, par Fordyce Barker. (*New York med. Journal*, 20 janv.) — Du cancer de l'intestin, par Maydl. (In-8°, *Vienne.*)— De la périty phlite, par J. Parent. (*Th. Montpellier*, n° 55). — Périty phlite gangreneuse, abcès du foie, par de Gennes. (*Progrès médical*, 22 sept.)—Sur un nouveau cas de coagulations fibrineuses ramifiées dans les évacuations intestinales, par Fielitz. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 nov.) — Sur le sable intestinal, par Yvon. (*Journ. de pharmacie*, juil.)

**Iris.** — Contribution à l'étude de certaines formes de persistance de la membrane pupillaire simulant des synéchies d'origine pathologique par Gire. (*Thèse de Lyon*, juil.) — Tumeur sarcomateuse de l'iris, par Little. (*Med. Times*, p. 337, 24 mars.) — Un cas de tumeur sarcomateuse de l'iris enlevée avec succès par Little. (*Opht. Soc. of Great Brit.* 8 mars.) — Iridotomie et discision, par Scherk. (*Klin. Monatsbl. f. Angenheilk.*, août.)

K

**Kyste.** — Kyste sébacé pédiculé de l'ombilic, par Guelliot. (*Rev. de chir.*, mars.) — Un cas de kyste athéromateux en arrière du rectum. Extirpation, guérison, par A. Solovieff. (*Médiz. Obozrénié*, septe.)

L

**Lacrymal** (app.). — Recherches sur l'étiologie et l'hérédité des maladies des voies lacrymales, par Nieden. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, août.)

**Lait.** — Influence de la pulpe de diffusion sur le lait de vache par Andouard et Dézaunay. (*Acad. des Sciences*, 8 oct.) — Réaction réductrice du lait et de l'urine, par Ch. Richet. (*C. R. de la Soc. de Biol.* n° 13, 1882.) — Le koumys des steppes et son usage dans le traitement des maladies des appareils respiratoire et digestif, par W. Stangué. (*Thèse, Saint-Pétersbourg.*)

**Langue.** — Grenouillette sublinguale. Obs. par Lockwood. (*Med. Times*, II, 329.) — Kyste séreux de la base de la langue, par Guster. (*New York med. Journal*, 26 mai.) — Épithéliome de la langue; ulcération de l'artère linguale; ligature de la carotide primitive, par Blaker. (*Lancet*, 2 juin.) — De l'extirpation de la langue entière avec les ciseaux, suivant la méthode

de Whitehead, par JACOBSON. (*Lancet*, 14 avril.) — Quatre cas d'excision totale de la langue à l'aide des ciseaux, par TREVES. (*Lancet*, 21 avril.) — Extirpation d'un large kyste sébacé de la langue, guérison (femme de 28 ans), par BARKER. (*Med. Times*, p. 682, 16 juin.)

**Laparotomie.** — Deux cas d'extirpation d'énormes tumeurs graisseuses de l'abdomen par laparotomie, par Homans. (*Lancet*, 17 mars.) — De la laparotomie dans la grossesse extrautérine, par KOUSNÉTZKI. (*Médizinsk. Obosrénié*, sept.) — Laparotomie pour myomes utérins suivie de guérison chez une femme enceinte, par SCHRŒDER. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 oct.)

**Larynx.** — Contribution à l'histoire de la laryngoscopie, par L. ELSBERG. (*Arch. of laryngology*, IV, n° 2.) — Glotte, par KRISHABER. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série. t., IX.) — De la laryngite sèche, par MAURE. (*Progrès médical*, 11 août.) — Chorée laryngée, par F. KNIGHT. (*Arch. of laryngol.*, IV, 3.) — Périchondrite du cartilage cricoïde survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde. Œdème de la glotte, trachéotomie. Mort, par BIMAR. (*Gaz. hebd. Sc. med. Montp.*, n° 39.) — Obs. de laryngite œdémateuse, par H. SCHWEIG. (*Arch. of laryngology*, IV, n° 1.) — Valeur diagnostique de l'immobilité d'une corde vocale, par SOLIS COHEN. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, p. 84, juill.) — Paralysie rhumatismale (?) de la corde vocale droite, guérison complète; neuf ans plus tard paralysie de la corde gauche, guérison, par KNIGHT. (*Arch. of laryngol.*, IV, n° 2.) — De la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs dans la phtisie pulmonaire, par Paul DUVENING. (*Thèse inaugurale, Wurzbourg.*) — Œdème de la glotte aigu et primitif chez un homme de 62 ans, par RABÈRE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 juin.) — Des syphilomes trachéo-laryngiens, par GOUGUENHEIM. (*Congrès de La Rochelle*, p. 836, 1882.) — Traitement de la phtisie laryngée par l'iodoforme, par METZLOR. (*Nederl. Tijdschr. v. geneesk.*, XIX, 49.) — Du diagnostic et de la curabilité de la phtisie laryngée, bons effets de l'iodoforme, par SCHNITZLER. (*Wiener med. Presse*, n° 23, 1882.) — Guérison de la phtisie laryngée, iodoforme, par JARVIS. (*Arch. of laryngology*, IV, 3.) — Un cas de fracture des cartilages laryngés suivie de mort, par E. STIÉPASNOFF (*Méd. Obozrén.*, juillet.) — Fracture du larynx par violence directe, par OLIVER. (*Lancet*, 30 juin.) — Un cas de fracture comminutive du larynx par strangulation, avec quelques remarques sur le traitement de ces fractures, par WAGNER. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 23, p. 361.) — Deux cas de tumeur laryngée, ablation de l'une de ces tumeurs par la thyrotomie, par D. KNOX. (*Glasg. med. Journ.*, p. 249.) — Du traitement mécanique des rétrécissements du larynx, par LOUIS SECRETAN. (*Revue médic. de la Suisse romande*, III, 471 et 516, août et sept.) — Une sangsue (mignatta) extraite du larynx quinze jours après la pénétration dans les voies aériennes par DE LA SOTA Y LASTRA. (*Arch. di laringologia*, III, fasc. 2.) — Deux cas de corps étrangers du larynx (pièces de monnaie), par F. IVES. (*Arch. of laryngology*. IV, 3.) — Ablation de la moitié droite du larynx pour un épithélioma, par C. WAGNER. (*Arch. of laryngology*, IV, n° 2.) — Nouvelles pinces tubaires pour opérations sur le larynx, les fosses nasales postérieures et le nez, par J. GOTTSTEIN. (*Berl. klin. Woch.*, 11 juin.)

**Lavement.** — Absorption des lavements nutritifs par DANA. (*New York med. Record*, 6 janv.)

**Lèpre.** — Un cas de lèpre tuberculeuse, par TYSON. (*Lancet*, 5 mai.) — La lèpre aux îles Hawaï, par J. TRYON. (*Am. journ. of med. Sc.*, p. 443.)

**Lichen.** — Contribution à l'étude du lichen planus, par LAVERGNE. (*Thèse de Paris*, 21 nov.)

**Lipome.** — Lipome de la plante du pied, par CHEVALLIER. (*Soc. Anat. de Bordeaux*, I, fasc., 1.) — Lipome sous-claviculaire, par LARGEAU. (*Soc. Anat.*, 16 fév.) — Ablation d'un volumineux lipome de la région parotidienne droite, s'engageant dans la région sous-maxillaire chez un sujet atteint de diathèse (?) lipomateuse, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. Sc. med. Montpel.*, n° 15.) — Lipome calcifié congénital, par BRIOLLE. (*Gaz. hebd. Sc. m. Montpellier*, 13.)

**Locomotion.** — De la mesure des forces dans les différents actes de la locomotion, par MAREY. (*Acad. des Sciences*, 8 et 15 oct.)

**Lupus.** — Développement de chéloïde après le raclage du lupus, par CLUTTON. (*Med. Times*, p. 107, 27 janv.) — Les indications thérapeutiques du lupus (cautérisation interstitielle fractionnée), par ELOY. (*Union médicale*, 13 octobre.)

**Luxation.** — Luxation de la cinquième vertèbre cervicale, par BOTTEY. (*Soc. Anat.*, 22 déc. 1882.) — Luxation de la mâchoire pendant une attaque d'hystérie par MAYO ROBSON. (*Med. Times*, p. 556, 19 mai.) — Luxation en haut de la portion sternale de la clavicule, par MAYO ROBSON. (*Med. Times*, p. 556, 19 mai.) — Luxation simultanée de l'extrémité interne de la clavicule et des deux premiers cartilages costaux, par BLODGETT. (*New York med. Journal*, 14 juillet.) — Luxation de l'épaule, fracture de la deuxième et troisième côtes par pression de la tête humérale, par RAMONAT. (*Congrès de La Rochelle*, p. 716, 1882.) — Réduction de cinq luxations sous-coracoïdiennes et d'une luxation sous-glénoïdienne par la méthode de KOCHER, par HEATH. (*Lancet*, 14 *avril*.) — Luxation du cubitus au poignet, excision de l'extrémité saillante de l'os ; guérison par GODLEE. (*Lancet*, 15 mars,)— Cas de luxation sus-pubienne, par STICK. (*Med. news.*, 6 oct.) — Luxation du fémur en arrière, par RIVINGTON. (*Lancet*, 5 mai.) — Sur un cas de luxation complète de l'astragale, extraction de l'os luxé, guérison par DEVOISINS. (In-8°, *Alençon*.)

**Lymphatique.** — De la tuméfaction des ganglions bronchiques comme cause d'irritation du nerf pneumogastrique, par E. BRUEN. (*Am. journ. of the med. Sc.*, juil., p. 125.) — Traitement des bubons par la compression, par O. PETERSEN. (*Vratch*, n° 31.)—Du traitement des bubons, par A. THEOKTISTOFF. (*Vratch*, n^os 35 et 36.) — Lymphosarcome ayant envahi le duodénum, par MOORE. (*Path. Soc.*; *Med. Times*, 13 janv.) — Lymphangiome de la peau, par LANGE. (*New York med. journ.*, 26 mai.) — Lymphadénome cervical volumineux, par LUCAS. (*Lancet*, 3 mars.)

## M

**Main.** — L'appareil de tact étudié sur la main des diverses races humaines et des singes, par Arthur KOLLMANN. (*Hambourg et Leipsig*.)

**Malformation.** — Hypertrophie congénitale des membres, par EVE (*Med. Times*, p. 514, 5 nai.) — Malformation du squelette de l'épaule, par WILLETT et WALSHAM. (*Med. Times*, p. 369, 31 mars.) — Quatre cas de malformation congénitale des organes génitaux chez la femme, par HULKE. (*Lancet*, 23 juin.)

**Mamelle.** — Adéno-sarcome du sein, par WHILSON. (*Lancet*, 30 juin.) — De

la présence d'os et de cartilage dans une tumeur du sein chez la femme, par W. v. Hacker. (*Archiv f. klinische Chirurgie*, XXVII, 3, p. 615. — Deux cas de maladie de Paget du mamelon, par L. Duhring. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, p. 116, juil.)

**Massage.** — Du massage (aliptic art.), par F. Peterson. (*Med. News*, 11 août.) — Heureux effets du massage dans certains cas d'asthénie nerveuse avec dyspepsie, par Ryley. (*Lancet*, 2 juin.) — Chorée aiguë traitée par le massage, par Goodhart. (*Lancet*, 10 fév.)

**Maxillaire.** — Des fractures du maxillaire supérieur, par Fillon. (*Thèse de Paris*, 22 nov.) — Appareil pour la prothèse du maxillaire inférieur, par Bergmann. (*Verhandl. der deuts. Ges. f. Chir.*, 12e Congrès.) — Adénome du maxillaire inférieur, par Brossier. (*Journal de médecine de l'Ouest*, mai.) — Nécrose phosphorée du maxillaire supérieur droit chez un homme de 36 ans. Extraction de cet os par sa face orbitaire. Suture périostique, par Kroenlein. (*Corr. Blatt. schweizer Aerzte*, n° 21, p. 526, nov.) — Nécrose du maxillaire inférieur, par Tédenat. (*Montpellier médical*, juil.)

**Médecine (Histoire).** — Harvey et la méthode expérimentale, par Habershon. (*Revue scientif.*, 28 juil.) — Les médecins à Marseille avant et pendant le moyen âge, par Barthélemy. (In-8°, *Marseille.*) — Trois lettres d'Arantius, Canano et Fallope, par Corradi. (*Annal. universali*, août.)

**Médecine légale.** — De quelques redites au sujet des experts en matière médico-légale, par L. Pénard. (In-8°, *Versailles.*) — Strangulation, par G. Tourdes. (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, 3e série, t. XII.) — Submersion, par G. Tourdes. (*Ibid.*) — Suffocation, par M. Laugier. (*Dict. de méd. et de chir.*, t. XXXIV.) — Submersion, par M. Laugier. (*Ibid.*) — Contribution à la statistique criminelle de 1826 à 1880, par Socquet. (*Thèse de Paris*, 30 oct.) — Rapport médico-légal sur un squelette trouvé dans un bois avec perte de substance considérable au niveau d'un des pariétaux, par Wolf. (*Viertelj. f. gerichtliche Medicin.*, p. 272, octobre.) — Rapport médico-légal sur une question de priorité de genre de mort (suffocation par aliments ou apoplexie cérébrale), par Jacobs. (*Ibid.*, t. XXXIX, 279, octobre.) — Rapport du comité consultatif prussien pour les affaires médicales sur un cas de blessure suivi de mort, par von Bergmann (*Ibid.*, 193, octobre.) — Rapport médico-légal sur l'état mental d'une femme poursuivant un prêtre de ses obsessions amoureuses, par Motet. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.) — Recherche du sang sur les vêtements qui ont été lavés, par Husson. (*Acad. des Sciences*, 29 oct.) — Statistique de la pendaison, par Pellier. (*Lyon méd.*, 2 sept.) — Résultats du traitement de l'asphyxie et de la syncope par submersion dans les nouveaux pavillons de secours de Paris, par Voisin. (*Congrès de la Rochelle*, p. 739, 1882.)

**Médecine militaire.** — La réorganisation de la médecine militaire. (*Revue scientif.*, 21 juillet.) — Sur la question de l'École ou des écoles du service de santé militaire, par Bernheim. (In-12, 25 p., *Nancy.*) — Programme des cours théoriques et pratiques de Berthoud (Berne), à l'usage des infirmières volontaires, par Fankhauser. (*Corresp. Bl. f. schweizer Aerzte*, n° 20, p. 504, 15 oct.)

**Méninge.** — Méningite aiguë à forme foudroyante, mort en vingt-quatre heures. (Autopsie incomplète; probablement méningite cérébro-spinale), par Reve. (*Lancet*, 7 avril.) — Méningite spinale consécutive à une contusion du rachis; guérison, par Day. (*Lancet*, 5 mai.) — Congestion rhumatismale des méninges rachidiennes, paraplégie avec contractures. Gué-

rison, par NOTTA. (*Union médicale*, 25 avril.) — Traitement de la méningite des enfants, par VOVARD. (*Congrès de la Rochelle*, p. 751, 1882.)

**Menstruation.** — Menstruation après l'extirpation des ovaires, par CAMPBELL. (*Med. News*, 29 sept. p. 346.) — Recherches sur l'époque du début de la menstruation en Finlande, par HEINRICIUS. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 5.)

**Moelle.** — Section de la moelle cervicale et exhalation d'acide carbonique, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 28, 1882.) — Les blessures du rachis et de la moelle épinière sans lésion mécanique apparente, et du choc nerveux au point de vue chirurgical et médico-légal, par HERBERT W. PAGE. (In-8°, *Philadelphie*.) —Symptômes oculaires dans les affections de la moelle, par GOWERS. (*Med. Times*, p. 295, 17 mars.) — Rétine tabétique, par PONCET (de Cluny). (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 8, 1882.) — Grand sympathique dans deux cas de tabes dorsalis, par RAYMOND et ARTHAUD. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 28, 1882.) — Stade préataxique du tabes, par OSLER. (*Med. News*, 25 août). — Lésions des dents dans l'ataxie locomotrice, par DAVID. (*Congrès de la Rochelle*, p. 814, 1882.) — Sclérose latérale amyotrophique, par MÉRGÉJEWSKI et A. ERLITZKI. (*Wiestn. Klin i soudebn. psichiatr. i nevropat.* n° 1.) — Ataxie locomotrice, leçon, par ZENNER. (*Med. News*, 13 oct.). — Abcès apoplectiformes par BERNHARDT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 589, 17 sept.) — Note sur quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice, par Auguste OLLIVIER. (*Union médicale*, 8 sept.) — Note sur un nouveau cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique guéri par un traitement spécifique, par DESPLATS. (*Union médicale*, 27 sept.) — Des fractures chez les ataxiques, par LEROY. (*Thèse de Paris*, 7 nov.) — Arthropathie tabétique affectant le tarse des deux côtés, par HERBERT PAGE. (*Lancet*, 20 avril.) — Note sur un cas de myélite chronique à diagnostic douteux, par LHERITIER. (*Thèse de Paris*, 14 nov.)

**Monstre.** — Un monstre anencéphale, par CHAMBERLAIN. (*New York med. Journal*, 27 janv.)

**Mortalité.** — Sur la mortalité en Grèce par saisons, par STÉPHANOS. (*Congrès de la Rochelle*, p. 817, 1882.) — La mortalité par les maladies épidémiques dans le 8e arrondissement de Paris, en 1880-82, par THORENS. (In-8°, *Paris*.)

**Morve.** — Contribution à la pathologie du sang dans la morve chez les chevaux, par N. ECKERT. (*Saint-Pétersbourg*.)

**Muscle.** — Signification anatomique du chef huméral du muscle biceps, par TESTUT. (*Bull. soc. d'anthrop.*, mars-mai.) — Sur la forme et les caractères de la contraction musculaire réflexe, par BEAUNIS. (*Acad. des sciences*, 15 oct.) — Chiasma musculaire présternal annexé aux muscles sterno-cléido-mastoïdiens, par CHALOT. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpel.*, 19.) — Sur la physiologie des muscles lisses, par CAPPARELLI. (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, avril-mai.) — De l'influence du sommeil sur la force musculaire de l'homme, par POVARNINE. (*Thèse Saint-Pétersbourg*.) — De la périodicité dans le fonctionnement des appareils musculaires et nerveux, par N. WÉDENSKY. (*Médiz. Obosrénié*, août.) — Discussion de la 56e réunion des médecins et naturalistes allemands, tenue à Fribourg en Brisgau sur l'atrophie musculaire progressive et la pseudo-hypertrophie des muscles. (*Berlin. klin. Woch*, 15 oct.) — Du coup de fouet ou diastasis musculaire et de sa guérison immédiate par la faradisation, par LARDIER. (*Le Concours méd.*, 8 sept.)

**Myopie.** — La cause de la myopie, par D. HUNT. (*New York med. Journ.*, 10 mars).

**Myxœdème.** — La cachexie pachydermique (myxœdème des Anglais), par A. Mayor. (*Revue médic. de la Suisse romande*, III 523, sept.) — De la cachexie pachydermique ou myxœdème), par Gimié. (*Th. Montpellier*, n° 57.) — Observation de myxœdème, par Campana. (*Italia medica*, n^os 35 et 38.)

## N

**Nerf.** — Anomalie du nerf radial portant sur le nombre des rameaux terminaux de sa branche antérieure, par Ozenne. (*Soc. anat.*, 9 fév.) — Contribution à l'étude de l'innervation des organes respiratoires, par Knoll. (*Sitzungsberichte der Wiener Akadem. der Wissenschaften*, 6 juill. 1882.) — Glosso-pharyngien (nerf), par Coyne. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. IX.) — Introduction à l'étude de l'électrotonus des nerfs moteurs et sensitifs chez l'homme, par A. de Watteville. (*Thèse de Bâle.*) — Influence du courant galvanique sur l'excitabilité des nerfs moteurs de l'homme, par Augustus Waller et A. de Watteville. (*Philosophical Transactions*, part. III, 1882.) — De la réaction électrique des nerfs auditifs, par Sitzianko. (*Médiz. Obosrénie*, sept.) — Sur la question de l'épuisement du nerf, par N. Wwédensky. (*Médiz. Obosrénie*, août.) — Nerf dépresseur et circulation bucco-labiale, par Dastre et Morat. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 23, 1882.) — De la compression du nerf radial, par Martin. (*Thèse de Lille*, 10 juillet.) — Compression du nerf médian par une cicatrice vicieuse, paralysie des doigts, crampe douloureuse de la main, extirpation de la cicatrice, guérison par Beauregard. (In-8°, *Paris.*) — Suites éloignées de la section du nerf cubital, par Redard. (*Congrès de La Rochelle*, p. 765, 1882.) — De la suture immédiate des nerfs divisés, par H. Clark. (*Glasg. med. Journ.*, XX, p. 241.) — Suture du nerf radial cinq mois après la section; retour de toutes les fonctions, par Holmer. (*Lancet*, 16 juin.) — Contribution au pronostic de la résection d'un pneumogastrique, par Alb. Vogel. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 19, p. 469, 1er oct.) — Etude expérimentale et clinique sur l'extension des nerfs, par Roderich Stintzing. (*Leipsig.*) — Elongation du nerf facial dans les cas de tic douloureux, par Godlee. (*Lancet*, 9 juin.) — Notes sur trois cas d'élongation du sciatique pour névralgie, par P. Robins. (*Med. News*, 29 sept.) — Elongation du nerf facial pour un tic convulsif, par Godlee. (*Med. Times*, p. 682, 16 juin.) — Tumeur du nerf sciatique, par de Schweinitz. (*Med. News*, p. 215, 25 août.) — Deux observations de névro-fibrome, par Barrett. (*Med. Times*, 7 juil.) — Un cas de névralgie guérie par la cautérisation ignée au point douloureux, par Poore. (*New York med. Journal*, 3 fév.) — Sur le nervo-tabes périphérique (ataxie locomotrice par névrites périphériques, avec intégrité absolue des racines postérieures, des ganglions spinaux, de la moelle épinière), par Déjerine. (*Acad. des sciences*, 22 oct.) — Sur un cas de névrite multiple du membre supérieur droit, par Dubois. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 sept.) — Névrite multiple traitée par l'élongation, par Hiller. (*Charité Annalen*, VII, p. 314.) — De la névralgie lombo-abdominale, par Boulinguez. (*Thèse de Lille*, 1er août.) — Remarques sur l'architecture générale du système nerveux chez l'homme, par A. Ranney. (*New York med Journal*, 14 avril.) — Observations de maladies du système nerveux, par Bouchaud. (*Journ. des sc. méd. de Lille.*) — Trois cas de neurasthénie, par Riva. (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, fasc. II et III.)

**Nez.** — Observation de catarrhe naso-pharyngé chronique, par H. Schweig. (*Arch. of laryngol.*, IV, n° 2.) — De la médication hypodermique dans le catarrhe nasal, par Amory de Blois. (*Arch. of laryngology*, IV, n° 1.) — Périchondrite idiopathique aiguë et abcès de la cloison nasale, par B. Delavan. (*Arch. of laryngology*, IV, n° 2.) — Epistaxis très grave à la suite d'une petite opération sur la cloison nasale, par A. Smith. (*Arch. of laryngology*, IV, n° 2.) — Abcès du sinus frontal, guérison par Notta. (*Union médicale*, 13 mars.) — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par Cornil. (*Soc. anat.*, 9 mars.)— Quelques effets des polypes du nez chez les enfants, par Jacobi. (*New York med. Journal*, 7 avril.) — Résection du maxillaire supérieur gauche pour l'extirpation de polypes fibreux naso-pharyngiens, par Hayes Agnew. (*Med. News*, 11 août.) — Ozène dû à des corps étrangers, par C. Lucas. (*Med. Times*, p. 351, 31 mars.) — Destruction des polypes du nez par l'acide chromique, par Donaldson. (*Arch. of laryngology*, IV, 3.)

**Nouveau-Né.** — De l'allaitement artificiel des nouveau-nés, par Decamp. (In-8°, *Le Havre.*) — Persistance du canal artériel chez un nouveau-né, par Dumas. (*Gaz. hebdomad. des Sciences*, *Montpell.*, n° 25.) — Hémorragie cérébrale diffuse chez le nouveau-né après un accouchement facile, par Champneys. (*Lancet*, 31 mars.) — Hémorroïdes externes chez un nouveau-né, par Ogston. (*Lancet*, 12 mai.)

**Nystagmus.** — Observation de nystagmus infantile, par R. Lee. (*Med. Times*, p. 656, 9 juin.)

## O

**Occlusion intestinale.** — Un cas d'étranglement intestinal, par A. Selizki. (*Méd. Wiéstnik*, n°s 33 et 34). — Occlusion intestinale par volvulus; laparotomie; mort, par Fowler. (*Lancet*, 30 juin.) — Occlusion intestinale due à un calcul biliaire enclavé dans le rectum, par Babinski. (*Soc. anat.*, 16 fév.) — Trois cas d'invagination chez des enfants traités par la laparotomie, par R. Godlee. (*Med. Times*, p. 732, 16 déc. 1882.) — Occlusion intestinale aiguë; double étranglement par des brides péritonéales, par S. Coupland. (*Med. Times*, p. 556, 19 mai.) — Sur un cas de guérison d'étranglement interne par des applications alternatives de chaud et froid, par G. Roux. (*Lyon méd.*, 9 sept.) — Occlusion intestinale par bride épiploïque, compliquée de volvulus de l'S iliaque, par Halsted. (*New York med. Journ.*, 3 mars.) — Du traitement chirurgical de l'occlusion intestinale, par Bennett May. (*Med. Times*, p. 257, 3 mars.)

**OEil.** — Un nouveau centre de vision dans l'œil humain, par Delbœuf. (*Revue scientif.*, 11 août.) — Observations sur le siège du scotome scintillant, par P. Bert. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 29, 1882.) — Siège cérébral des images consécutives, par Parinaud. (*Ibid.*, n° 18, 1882.) — Théorie de l'accommodation, par Javal. (*Ibid.*, n° 16, 1882.) — Des anomalies de la réfraction et de l'accommodation, par Kœnigstein. (In-8°, *Vienne.*) — Mouvements des yeux provoqués par la compression sur une oreille malade, par H. Jackson. (*Opht. Soc.*; *Med. Times*, 20 janv.) — L'asthénopie, pathogénie et traitement, par Gosetti. (*Ann. di Ottamol.*, XII, p. 305.) — La réfraction chez 414 écoliers après application d'homatropine, par Durr. (*Arch. f. Opht.*, XXIX, 1, p. 103.) — De l'expérience de Scheiner, envisagée dans ses rapports avec la théorie de l'accommodation, par Prompt. (*Congrès de la*

*Rochelle*, p. 750, 1882.) — Indice céphalique et réfraction oculaire, par Bono. (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, janv.) — Influence de la vie de collège sur la réfraction, par Hasket Derby. (*New York med. Journal*, 28 juil.) — L'effet de la lumière électrique sur l'œil, par Emrys Jones. (*Brit. med. Journ.*, 5 mai.) — Contraste chromatique et son siège cérébral, par Parinaud. (*C. R. de la Soc. biol.*, n° 28, 1882.) — Traité des maladies des yeux, par Abadie. (2e édit., 2 vol. Paris.) — Des causes de la cécité chez les agriculteurs, par G. Martin. (*Cong. de la Rochelle*, p. 836, 1882.) — Relation entre les maladies oculaires et les affections génitales chez la femme, par Fitzgerald. (*Med. Times*, p. 339, 24 mars.) — Etat du fond de l'œil longtemps après un accident d'embolie de l'artère centrale, par J. Adams. (*Ibid.*, p. 337, 24 mars.) — De certains troubles fonctionnels de la vue indûment attribués à des lésions cérébrales par des anomalies physiologiques que présente le fond de l'œil à l'ophthalmoscope, par Noyes. (*New York med. Journ.*, 10 fév.) — Staphylome, par Gayet. (*Dict. encycl. sc. méd.*, 3e série, t. XI.) — Sur l'ophtalmoscopie médicale, par Ferreira dos Santos. (*Thèse inaug.* Porto.) — Sur quelques modifications apportées à l'exophthalmomètre du prof. Zehender, par Stölting. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, sept.) — Considérations sur l'astigmatisme, par Privat. (*Th. Montpel.*, n° 49.) — Sur un photomètre optique, par Simonoff. (*Acad. des sciences*, 12 nov.) — Un cas d'hémianopsie temporale de l'œil droit consécutive à la trépanation du pariétal gauche, par A. Nieden. (*Arch. f. Opht. Band* XXIX, 3 *Abth.*) — Un cas d'embolie puerpérale septique des deux yeux, par Hirschberg. (*Centralblatt f. prakt. Augenheilk.*, septembre.) — Contribution à la pathologie de l'œil : Lipome dermoïde congénital développé derrière la région équatoriale du globe oculaire, par Hirschberg et Birnbacher. (*Ibid.*, oct.) — Exophtalmie pulsatile, par A. Frost. (*Med. Times*, p. 338, 24 mars.) — Étude générale des ophtalmo-sympathies, par Gruson. (*Thèse de Lille*, 31 juillet.) — Un cas d'ophtalmie sympathique, par Waldhauer. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, oct.) — Un cas de neuro-rétinite sympathique, par Spaulding. (*New York med. Journ.*, 28 juil.) — Quelques faits d'énucléations de l'œil comme moyen préventif ou curatif de l'ophtalmie sympathique, par Little. (*Ibid.*, 3 mars.) — De l'emploi de la suture en bourse de Wecker, dans l'ablation du staphylome et l'énucléation de l'œil, par J. Masselon. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, sept.) — Cysticerque de l'œil, par Bowater Vernon. (*Lancet*, 26 mai.) — Contribution à la névrotomie optico-ciliaire, par Gonella. (*Ann. di Ottalmol.*, XII, p. 340.) — Sur l'élongation du nerf nasal externe contre les douleurs ciliaires, par Wikstrand. (*Hygiea*, février.) — Extraction d'un cil logé depuis quatre semaines dans la chambre antérieure de l'œil, par Crawford Renton. (*Lancet*, 12 mai.) — Trois cas d'introduction d'un ou plusieurs cils dans la chambre antérieure de l'œil à la suite d'une plaie de la cornée, par Glascott. (*Lancet*, 12 mai.) — Extraction à travers la chambre antérieure, à l'aide de l'aiguille aimantée, d'une paillette de fer, longue de 4 millimètres environ, et implantée dans le sphincter de l'iris, par L. Weiss. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, sept.) — De l'électro-aimant pour l'extraction des corps étrangers de l'œil, par Olaf Page. (*Med. News*, 22 sept.) — Du jequirity en oculistique, par von Hippel. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 44, p. 686, 29 oct.) — Le jequirity, son action, son emploi, par Foucher. (*L'union méd. du Canada*, n° 9.) — Emploi du jequirity et de l'inoculation blennorhagique dans l'ophtalmie granuleuse, par Carette, (*Thèse de Paris*, 22 nov.) — Cautérisation ignée dans les hydrophtalmies, par de Sallier Dupin. (*Ibid.*, 2 août.) — Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés par l'acide phénique, Escalais. (*Ibid.*, 18 juillet.) — Boroglycéride dans le traitement de l'ophtalmie purulente, par Hartridge. (*Lancet*, 17 fév.)

**Œsophage.** — Deux cas d'œsophagotomie interne, guérison, par L. Elsberg. (*Arch. of laryngology*, IV, n° 1.) — De l'œsophagotomie interne, par Roe. (*New York med. Record.*, 11 nov. 1882.)

**Orbite.** — Nécrose de la voûte orbitaire, chez un enfant, par Pearson. (*Lancet*, 17 mars.)

**Oreille.** — Développement du labyrinthe chez les poissons osseux, par C. von Noorden. (*Arch. f. Anat. u. Phys.; Anat. Abth.*, *Heft* III.) — Innervation du muscle interne du marteau, par Mathias Duval. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 34, 1882.) — Rôle des canaux semi-circulaires, par Laborde. (*Ibid.*, n^os 22, 23, 1882.) — Ouïe, par Coyne. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2^e série, t. XVIII.) — Collection de mémoires relatifs à l'anatomie pathologique de l'oreille et à l'histoire de l'otiatrie, par A. von Tröltsch. (Leipsig.) — Deux mots sur l'audition colorée, par Grazzi. (*Broch. Florence.*) — Du diagnostic des maladies de l'oreille, par J. Patterson-Cassells. (*Glasg. med. Journ.*, p. 432.) — Contribution à l'étude des hallucinations réflexes provenant des affections de l'oreille, par H. Willms. (*Thèse Würzbourg.*) — Troubles réflexes de l'ouïe; guérison par extraction des dents cariées, par Gellé. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 40, 1882.) — L'obturation de la trompe d'Eustache, son diagnostic physique et ses effets sur la fonction de l'ouïe, par Friedrich Bezold. (*Berlin. klin. Woch.*, n^os 36, p. 551, 3 sept.) — Hémorragie violente par l'oreille gauche, consécutive à un abcès froid; rupture consécutive de la carotide interne gauche, mort rapide, par Davy. (*Cincinnati Lancet and Clinic*, 21 juil.) — Catarrhes exanthématiques chroniques de l'oreille moyenne (5 observations), par Patterson Cassells. (*Glasg. med. Journ.*, XX, p. 191.) — Méningite suite de suppuration de la caisse du tympan, par J.-M. French. (*Cincinnati Lancet and Clinic*, n° 18, 1882.) — Traitement du catarrhe chronique purulente de l'oreille moyenne, par Roosa. (*New York med. Journ.*, 19 mai.) — Corne sur le pavillon de l'oreille droite d'un homme, par Staurenghi. (*Boll. scient. di Pavia*, V, fasc. 1 et 2.) — Quelques remarques pratiques sur l'extraction des corps étrangers de l'oreille, par Samuel Sexton. (*New York med. Journ.*, 5 mai.) — Un cas d'épithéliome de l'oreille externe consécutif à une morsure de rat; extirpation totale du pavillon à l'aide du thermocautère, par Seelz. (*Ibid.*, 28 juil.) — Symptômes d'hyperémie cérébrale chronique produits par un corps étranger dans le conduit auditif, par Pasquier. (*Bulletin méd. du Nord*, août.) — De l'accumulation du cérumen dans le conduit auditif, par Booth. (*Lancet*, 10 mars.) — Des injections dans le conduit auditif pour corps étranger, par Dowdell. (*Med. Times*, I, p. 211, 1882.)

**Oreillon.** — Epidémie chez une femme en couches et chez son nouveau-né, par V. Gautier. (*Revue méd. de la Suisse romande*, fév.) — Suppression complète de la salive à la suite des oreillons, par Buxton (*Lancet*, 23 juin.)

**Organismes inférieurs.** — Nouvelles observations sur les microbes des poissons, par Olivier et Richet. (*Acad. des sc.*, 17 sept.) — De l'action toxique comparée des métaux sur les microbes, par Ch. Richet. (*Ibid.*, 5 nov.) — Microbes pathologiques des truites, par Maggi. (*Boll. scient. di Pavia*, V, 1 et 2.) — Des micro-organismes, et de leurs relations avec les maladies, par R. Munro. (*Glasg. med. Journ.*, p. 355, 409.) — Contribution à l'étude des microzymas et des bactéries, par Estor. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, n° 26.) — Action de quelques substances sur les bactéries de la putréfaction, par Marcus et Pinet. (*C. R. de la soc. de biol.*, n° 38; 1882.) — Les procédés pour la recherche des organismes inférieurs, par L. Heidenreich. (*Vratch*, 31 et 38.)

**Orthopédie.** — Histoire de l'orthopédie, par SAYRE. (*New York med. Journ.*, 3 fév.)

**Os.** — Sternum, par SERVIER. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XII.) — Ostéite, par A. HEYDENREICH. (*Ibid.*, 2e série, t. XVIII.) — Ostéomyélite du tibia, arthrite suppurée du genou, amputation de la cuisse, par PICQUÉ. (*Soc. anat.*, 23 mars.) — Ostéotomie, par A. HÉNOCQUE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XVIII.) — Ostéoclasie, par A. HÉNOCQUE. (*Ibid.*) — Ostéo-périostite de l'enfance, nécrose de tout le tibia, arthrite suppurée du genou; septicémie, amputation de cuisse, guérison, par BUDD. (*Med. Times*, II, p. 46, 1882.) — Ostéite et nécrose de la rotule suivie d'arthrite du genou, par WRIGHT. (*Lancet*, 7 avril.) — Deux cas anormaux d'abcès des os, par SAVORY. (*Ibid.*, 12 mai.) — Des altérations du système osseux comme complications des fièvres graves, par RASCOL. (*Th. Montpel.*, n° 23.) — Du traitement de la nécrose superficielle des os, par TÉDENAT. (*Montpel. méd.*, avril.) — Etude clinique des tumeurs solides du scapulum, par de LANGENHAGEN. (*Thèse de Paris*, 13 nov.) — Ostéosarcome du fémur, amputation de la cuisse, par COUDRAY. (*Soc. ant.*, 22 déc. 1882.) —Epithélioma kystique de la clavicule, par LECLERC et SUCHARD. (*Congrès de la Rochelle*, p. 776, 1882.) — Ankylose angulaire des hanches consécutive à la coxalgie; section simultanée des deux fémurs au-dessous des trochanters, par J. HUTCHINSON. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 409.) — Ostéomalacie, par A. HÉNOCQUE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XVIII.)

**Ovaire.** — Anat. et physiol., par CH. ROUGET. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XVIII.) — Pathologie, par A. FERRAND. (*Ibid.*) — Tumeurs, par BOINET ET A. FERRAND. (*Ibid.*, 2e série, t. XIX.) — Prolapsus ovarien, par BARADUC. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 9, 1882.) — Séparation et transplantation des kystes ovariens, par MALINS. (*Lancet*, 7 avril.) — Kyste de l'ovaire à parois calcifiées, par THOINOT. (*Soc. anat.*, 22 déc. 1882.) — Des tumeurs solides de l'ovaire, par K. THORNTON. (*Med. Times*, 24 février. — Ouverture de kystes du rein, ablation simultanée d'une tumeur de l'ovaire droit, par K. THORNTON. (*Ibid.*, p. 624, 2 juin.)—Enorme fibrome kystique de l'ovaire, ablation, mort, par W. IZARD. (*Med. News*, 18 août.) — Des adhérences dans les tumeurs kystiques de l'ovaire, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 8 sept.) — Les dangers de la ponction des kystes de l'ovaire, par ZWEIFEL. (*Cent. f. Gynæk*, n° 7.) — Traitement des kystes de l'ovaire par la ponction, par BACON. (*Thèse de Paris*, 30 oct.) — Ovariotomie, par BOINET. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XIX.) — De la méthode de réduction intra-péritonéale du pédicule dans l'ovariotomie, par EWING MEARS et MORRIS LONGSTRETH. (*Med. News*, 6 oct.) — Ovariotomie deux fois pratiquée avec succès chez la même malade, par CARTER. (*Lancet*, 16 juin.) — Ovariotomie pratiquée avec succès chez une femme de 61 ans, par SMYTHE, (*Ibid.*, 15 fév.) — Cinq cas d'ovariotomie suivis de succès, par SYDNEY JONES. (*Ibid.*, 30 juin.) — Ovariotomie double; abcès du ligament large ouvert dans le rectum. Calcul vésical, développé au contact d'un fil de ligature qui avait pénétré dans la paroi vésicale, par A. MARTIN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 620, 1er oct.) — De l'ovariotomie, par DESFONTAINES. (*Thèse de Lille*, 26 fév.) — Kyste de l'ovaire droit; ovariotomie; tétanos mort, par TERRIER. (*Union médicale*, 20 sept.) — De l'opération de Tait en cas de troubles menstruels prolongés et de pelvi-péritonite à répétition, par GAILLARD THOMAS. (*New York med. Journal*, 13 janv.) — Kyste de l'ovaire opéré avec succès par laparatomie; récurrence de la maladie, sept ans plus tard; ponction par le vagin; mort, par ATLEE. (*Ibid.*, 28 juil.) — Tumeurs solides des deux ovaires, accompagnées d'un polype utérin; ovario-hystérectomie; guérison, par MANN. (*Ibid.*, 7 juil.) — Extirpation des ovaires

et des trompes chez une femme atteinte de névralgie pelvienne et d'hystérie ; persistance des accidents, par Mundé. (*Ibid.*, 14 juil.) — Kyste de l'ovaire compliqué de polype utérin; ovariotomie; gangrène spontanée du polype et d'une partie du col de l'utérus, par Coe. (*Ibid.*, 24 mars.)

## P

**Palais.** — Staphylorraphie, par E. Gayraud. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XI.) — Ligature élastique pour des fistules avec cloaques du voile du palais et de la région amygdalienne, par H. Lediard. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 151, 1882.)

**Pansement.** — Troubles mentaux survenus à la suite de pansements prolongés à l'iodoforme, par Smidt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 589, 17 sept.) — Pansement des ulcères par l'application d'une éponge phéniquée qu'on laisse en place jusqu'à guérison, se contentant de la seringuer chaque jour avec une solution phéniquée, par Winslow Hall. (*Medical Times*, I, p. 659, 1882.) — De l'action thérapeutique du trichlorophénol, par W. Popoff. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 27, p. 425.) — Des méthodes antiseptiques chez les anciens et chez les modernes, par A. Sabatier. (*Thèse d'agrégation de chir.*, *Paris.*) — Du pansement à l'iodoforme en particulier pour les plaies de la cavité abdominale, par E. Küster. (*Verhandl. der deust. Gesel. f. Chir.*, 12e congrès.) — De l'emploi du vin iodo-laudanisé dans le pansement de plaies et des ulcères, par Rédarès. (*Thèse de Paris*, 13 nov.) — Un nouveau mode de pansement pour les larges ulcères de jambe (pansement sec à l'acide borique), par A. Pearson. (*Glasg. med. Journ.*, p. 377.)

**Paralysie.** — De la paralysie pseudo-hypertrophique ou scléro-lipomatose musculaire, par Hamon. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Des paralysies du membre inférieur d'origine corticale, par Giraudeau. (*L'Encéphale*, n° 3.) — Un cas d'hémiparaplégie spinale avec hémianesthésie croisée, par Mackenzie. (*Lancet*, 9 juin.) — Deux cas de paralysie ascendante atrophique mortelle chez l'adulte (sans autopsie), par Schultze. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 sept.) — Paralysie pseudo-hypertrophique, par Kingston Fowler. (*Lancet*, 3 mars.) — Hémiplégie infantile avec phénomènes épileptoïdes du côté des membres paralysés, par Taylor. (*Lancet*, 9 juin.) — La paralysie agitante étudiée comme cause de folie, par V. Parant, (*Journ. des sc. méd. de Lille.*) — Paralysie glosso-labiée cérébrale, par Puica. (*Thèse de Paris*, 23 nov.) — Paralysie glosso-labiée pharyngée chez une femme de 23 ans, par Clarke. (*Lancet*, 23 juin.) — Paralysie générale prématurée, par Régis. (*L'Encéphale*, juil.) — Etude clinique et anatomo-pathologique de la paralysie progressive chez la femme, par Seppilli. (*Riv. sper. di freniatria*, fasc. I.)

**Parotide.** — Phlegmon parotidien, suite de fièvre typhoïde, guérison, par Money. (*Med. Times*, 17 fév.)

**Pathologie.** — Traité de pathologie de F. von Niemeyer (11e édition), revue par E. Seitz. (*Berlin*, 1883.)

**Paupière.** — Abcès de la paupière remontant à onze mois et simulant une tumeur de l'orbite, par Thomson. (*Med. Times*, 14 avril.). — Cas unique de gangrène spontanée de la paupière, par Richard Hilbert (*Centralb. f. prak. Augenheilk.*, oct.)

**Peau.** — Etude sur l'hygrométrie médicale appliquée à la peau et à ses fonctions, par Collongues. (*Acad. des sciences*, 8 oct.) — Du cancroïde de la peau, par Blum et Duval. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

**Pemphigus.** — Un cas de pemphigus aigu, par Badaloni. (*Il Morgagni*, juil.)

**Pénis.** — Nouveau procédé pour l'opération du phimosis, par Surmay. (*Bull. soc. chir.*, p. 213, 1882.)

**Péricarde.** — Péricardite tuberculeuse, par Mickle. (*Lancet*, 26 mai.) — Péricardite purulente traitée par la ponction et l'incision, guérison. Remarques sur la paracentèse du péricarde, par S. West. (*Med. Times*, p. 543, 12 mai.)

**Périnée.** — Déchirure du périnée et du col utérin; avivement et suture; hémorragie secondaire provenant du col; deuxième suture complémentaire; guérison, par Emmet. (*New York med. Journal*, 30 juin.)

**Périoste.** — De la périostite albumineuse, par E. Vincent. (Broch., *Alger.*)

**Péritoine.** — Hyperesthésie aiguë du péritoine circonscrite ou diffuse, consécutive aux petites opérations obstétricales et aux manipulations, par Busey. (*Transact. of the Amer. gyn. Soc.*, 1881.) — Cancer colloïde du péritoine, par Thorogwood. (*Med. Times*, p. 165, 10 fév.) — Le péritoine, ses propriétés au point de vue chirurgical, par Terrillon. (*Progrès médical*, 18 août.)

**Pharmacologie.** — Précis de pharmacologie, par O. Schmiedeberg. (*Leipsig.*) — Manuel de pharmacologie et de l'art de formuler, par Erich Harnack. *Hambourg* et *Leipsig.*) — Manuel de matière médicale à l'usage des étudiants, par Owen. (In-8°, *Londres.*) — Observation sur les sels de nickel, par Da Costa. (*Med. News*, 29 sept.) — Le curare, par Couty. (*Revue scientifique*, 15 sept.) — Evolution de l'hydrate de chloral et de l'hydrate de butylchloral dans l'organisme animal, par E. Külz. (*Arch. f. d. ges. Phys.*, XXVIII, p. 506.) — Formation d'acide prussique par un myriapode (Foncaria), par Guldensterden Egeling. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *Bd.* 28, p. 576.) — Analogie d'action entre le curare et la strychnine, par Ciniselli. (*Italia medica*, n° 33.)— Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la trinitrine, par Marieux. (*Thèse de Paris*, 23 nov.) — De l'action antipyrétique de la cairine, par H.-A. Janssen. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 nov.) — Glycérine, par E. Labbée. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 4° série, t. IX.) — Oxalique (acide) et oxalate, par L. Hahn. (*Ibid.*) — Strychnine, par E. Labbée. (*Ibid.*) — Sublimé, par Fonssagrives. (*Ibid.*, t. XII.) — Note sur l'élatérine cristallisée, par Gaspar Griswold. (*New York med. Journal*, 12 mai.)

**Pharynx.** — Parésie des constricteurs du pharynx simulant un rétrécissement spasmodique de l'œsophage, par Bosworth. (*Arch. of laryngol.*, IV, 3.) — Malformation du pharynx nasal non encore décrite (prolongation de la cloison du côté du pharynx), par J. Mackenzie. (*Arch. of laryngol.*, IV, n° 3.) — Végétations adénoïdes du pharynx nasal, par E. Cresswel Baber (*British med. Journal*, 5 août 1882.) — Abcès rétro-pharyngien se portant au-dessous de l'angle de la mâchoire ; incision à ce niveau ; guérison, par Parker. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 211, 1882.) — Du traitement de la pharyngite granuleuse chronique par le galvano-cautère, par G. Mackern. (*Arch. of laryngol.*, IV, n° 1.)

**Pied.** — Contribution au traitement du pied bot par l'ostéotomie, par L.

GOLDSCHMIDT. (*Thèse inaugurale, Berlin.*) — Pied bot équin, varus très prononcé, guéri par l'ostéotomie tarsienne, par BERRUTI. (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, déc. 1882.)

**Placenta.** — Deux cas de rétention placentaire, par W. REID. (*Glasg. med. Journ.*, XX, p. 29.)

**Plèvre.** — Sur plusieurs cas d'atrophie des muscles du thorax chez les pleurétiques, par BERNARD. (*Thèse de Paris*, 23 nov.) — Sur les déformations qui produisent la voussure chez les pleurétiques, par PITRES. (*Congrès de La Rochelle*, p. 773, 1882.) — Calcification de la plèvre, par GILBERT. (*Soc. anat.*, 16 mars.) — Deux cas d'empyème : un guéri spontanément, l'autre par incision, par C. GIRARD. (*Med. News*, 13 octobre.) — Observation d'empyème, par SANSOM (*Med. Times*, 6 janv.) — Observation d'empyème traité par une large incision, par FINLAY. (*Med. Times*, 23 déc. 1882.) — Observation d'empyème, par OWEN. (*Med. Times*, 9 déc 1882.) — Un cas d'empyème aigu fétide, traité avec succès, par W. RUSSELL. (*Glasg. med. Journ.*, XX, p. 186.)

**Poumon.** — De l'origine des râles crépitants et sous-crépitants, par CAMMAN. (*Canada med. Record*, p. 258.) — Toux, par RIGAL et JUHEL-RÉNOY. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXV.) — L'anatomie pathologique de la pneumonie lobaire envisagée à un nouveau point de vue, par SCHUYLER. (*New York med. Journal*, 4 août.) — Etude comparée de la pneumonie grave, dite infectieuse, avec les pneumonies dites à forme typhoïde, par GISCARO. (*Thèse de Paris*, 5 juil.) — Sur la pneumokoniose anthracosique, par OLLIVIER. (*Thèse de Montpellier*, n° 41.) — Du traitement de la pneumonie par l'acide phénique à l'intérieur, par PUCCI. (*Il Morgagni*, juil.)

**Psoriasis.**— Psoriasis après une scarlatine , par BIART. (*Journ. of cut. and ven. diseases*, mars.) — Kéloïde et psoriasis, par H. PURDON. (*Ibidem, disc.*, avril, p. 202.) — Psoriasis, par VIDAL et LELOIR. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 10, 1882.)

**Puerpéral** (état). — Quelques cas de septicémie puerpérale, par CORY. (*Lancet*, 10 fév.) — Etiologie et prophylaxie antiseptique de la fièvre puerpérale. Utilité des lavages phéniqués intra-utérins, par G. FABRE. (*Thèse de Montpellier*; n° 50.) — Réponse aux critiques d'Abegg, touchant ma brochure sur les moyens d'assurer des suites de couches normales, par BRENNEKE. (*Berlin. klin. Woch.* 586, 17 sept.) — Note sur deux cas de fièvre puerpérale survenus à l'hôpital Tenon, par RENDU. (*Union médicale*, 23 août.) — Des injections intra-utérines dans le traitement de la septicémie puerpérale, par GAILLARD THOMAS (*New York med. Journal*, 31 mars.)

**Purpura.** — Du purpura iodique ou typhus angéiohématique, par GOMOT. (*Thèse de Paris*, 14 nov.)

**Pus.** — Note sur le pus bleu et son origine, par CAPITAN et CHARRIN (confirmation des recherches antérieures sur la nature parasitaire). (*Soc. anat.* 22 déc. 1882.)

## Q

**Quarantaines.** — Des quarantaines, par CHAUMONT. (*Rev. d'hyg.*, V, 847, octobre.)

**Quinine.** — Sur un nouveau corps dérivé de la cinchonine, par MARCUS et DE CONINCK. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 13, 1882.

## R

**Race.** — Sur les races de l'Océanie, par CAUVIN. (*Bull. soc. d'Anthrop.*, mars-mai.)

**Rachis.** — Sur les paracostoïdes des vertèbres lombaires de l'homme, par ALBRECHT. (*Presse méd. belge*, n° 21.) — Développement de la colonne vertébrale, par H. PLANTEAU. (*Thèse d'agrég.* Paris.) — Matériaux pour l'étiologie de la scoliose scolaire, par SKLIFASSOWSKY. (*Médiz. Obosrénié*, 3 sept.) — Deux cas de cyphose simulée par A. JETANOFF. (*Médiz. Wiéstnik*, n° 43.) — Ankylose de la colonne vertébrale, par CLUTHON. (*Lancet*, 9 juin.) — Trois cas de mal de Pott, par HOPKINS. (*Lancet*, 31 mars.) — Scoliosomètre, appareil pour la mesure de la scoliose, par J. MIKULICZ. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 20, p. 305.) — Mal de Pott sous-occipital, luxation de l'apophyse odontoïde, mort subite, par POUPINEL. (*Soc. anat.*, 9 février.) — Lésions tardives après un traumatisme du rachis, luxation spontanée de la rotule en dehors, plaie ulcéreuse sous l'ischion, par GUERMONPREZ. (*Journ. des sc. méd. de Lille.*)

**Rachitisme.** — Rachitisme tardif associé à l'albuminurie (rachitisme des adolescents), par CLEMENT LUCAS. (*Lancet*, 9 juin.) — Rachitisme et ostéomalacie, chez le singe, par LUTTON. (*Lancet*, 24 fév.) — Hémorragie sous-périostique de plusieurs os longs chez un enfant rachitique, par BARLOW. (*Lancet*, 31 mars.)

**Rage.** — Trois cas de rage traités par le chloral, une guérison, par BROADBENT. (*Med. Times*, p. 308, 17 mars.) — Des altérations anatomo-pathologiques du système nerveux central dans la rage ; par S. IVANOFF. (*Thèse St-Pétersb.*)

**Rate.** — Sur le connexus physiologique entre la glande thyroïde et la rate, par A. TAUBER. (*Médizinsk. Obosrénié*, sept.) — Granulie ; tubercules de la rate, par DE GENNES. (*Soc. anat.*, 2 mars.) — Deux cas de leucocythémie splénique, par POORE. (*Lancet*, 23 juin.)

**Rectum.** — Phlegmon et abcès de la fosse ischio-rectale guéri sans fistule (par incision immédiate), par KELSEY. (*New York med. Journal*, 20 janv.) — Proctoplastie suivie de succès pour atrésie rectale chez un enfant de 3 jours, par KROENLEIN. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er nov.) — Deux cas de rétrécissement cicatriciel du rectum traités avec succès par incision, par KELSEY. (*New York med. Journal*, 10 mars.) — Huit cas de cancer du rectum, par BARKER. (*The Lancet*, 24 fév.) — Prolapsus du rectum. Une observation de guérison par l'opium, par PARKER. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 211, 1882.)

**Rein.** — Sur l'épithélium sécréteur du rein des batraciens, par Bouillot. (*Acad. des sciences*, 22 oct.) — Rein précurseur des batraciens, par Mathias Duval. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 33, 1882.) — Découverte de la capsule surénale, par Blanchard. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 17, 1882.) — Des déplacements du rein, par D. Newman. (*Glasg. med. Journ.*, XX, p. 81.) — Contribution à l'étude de l'albuminurie et de la néphrite expérimentale, par Mya et Vandoni. (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, janv.) — Leçons sur l'acide urique et ses relations avec les calculs rénaux et la gravelle, par Garrod. (*Lancet*, 24 mars.) — Hypertrophie du lobe moyen du rein, par L. Picqué. (*Soc. anat.*, 22 déc. 1882.) — Le rein sénile, par Bianchi. (*Gaz. degli ospitali*, p. 449.) — Des altérations des artères dans les néphrites chroniques, par N. Kouskoff. (*Thèse inaugurale, Saint-Pétersbourg.*) — Des altérations du tissu rénal dans les différentes formes de néphrite atrophique, par Smirnoff. (*Thèse inaugurale, Saint-Pétersbourg.* — Mal de Bright chronique, dypsnée urémique extrême, œdème ; soulagement par l'acupuncture, par Musser. (*Med. News*, p. 158, 11 août.) — Urémie, hypertrophie de la prostate, hydronéphrose double, vessie rétractée par Charrin. (*Soc. anat.*, 2 mars.) — Trois cas de néphrectomie suivis de succès, par Thornton. (*Lancet*, 26 mai.) — Néphro-lithotomie, par May. (*Lancet*, 17 févr.) — Néphrotomie, par Sidney Coupland. (*Med. Times*, I, p. 165, 1882.) — Néphrectomie lombaire pour cancer, par J.-E. Adams. (*Med. Times*, p. 678, 2 déc. 1882.) — Observations de néphro-lithotomie suivie de guérison (calcul), par Bennett May. (*Med. Times*, p. 187, 17 fév.) — Dégénérescence cancéreuse totale du rein ; néphrectomie, par Gaillard Thomas. (*New York med. Journal*, 21 juil.) — Néphrectomie dans un cas de pyélite chronique avec volumineux calculs phosphatiques dans le bassinet, par Wright. (*New York med. Journal*, 15 fév.) — Un bandage contentif pour le rein flottant, par Smith. (*Ibid.*, 17 fév.) — Fixation d'un rein flottant par suture de la capsule à la paroi lombaire, par Weit. (*Ibid.*, 17 févr.) — Extirpation d'un rein flottant, par Polk. (*Ibid.*, 17 fév.)

**Résection.** — Les résultats éloignés des résections des grandes articulations, par L. Baraban. (*Thèse d'agrég. de chirurgie, Paris.*) — Indications et résultats de la résection du poignet, par Ollier. (*Congrès de la Rochelle*, p. 815, 1882., — Contribution à la résection pathologique du poignet, par Nepveu. (*Congrès de la Rochelle*, p. 747, 1882.) — De la résection du coude dans les cas d'ankylose et en particulier de la résection humérale, par Marangos. (In-8°, 101, p. *Lyon.*) — Observations de résection du genou, par Golding Bird. (*Clin. Soc., Med. Times*, 27 janv.)— Sur une méthode pour empêcher l'hémorragie dans la résection ou la désarticulation de la hanche, par Lloyd. (*Lancet*, 26 mai.)

**Respiration.** — Recherches de physiologie pathologique sur la respiration, par Ghéhant et Quinquaud. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 17, 1882.)

**Rétine.** — Physiologie du punctum cœcum de la rétine humaine, par Placido da Costa. (*Thèse de concours*, Porto.) — Le pouls veineux de la rétine, par Lamhofer. (*Inaug. Diss. Leipzig.*) — Contribution à l'étude de la rétinite pigmentaire, par Landesberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, sept.) — Traitement du décollement de la rétine par l'iridectomie, par Dransart. (*Bulletin médical du Nord*, juin.)

**Rhumatisme.** — Nodosités rhumatismales sous-cutanées, par Dyce Duckworth. (*Med. Times*, p. 678, 2 déc. 1882.) — Deux cas de rhumatisme articulaire aigu rapidement guéris par la salicine à haute dose, par Quinlan. (*Lancet*, 5 mai.)

**Rougeole.** — De la rubéole (ou rougeole allemande), par T. Smith. (*Lan-*

*cet*, 9 juin.) — Un cas de récidive rapide de rougeole (33 jours entre les deux atteintes), par A. Stewart. (*Glasg. med. Journ.*, XX, p. 171.)

## S

**Salive.** — De la structure intime des glandes salivaires, par N. Koultchitzki. (*Médiz. Obosrénié*, août.) — Analyse d'un calcul salivaire, par Mallat. (*Journ. de pharmacie*, juil.) — Les tubes salivaires, par F. Merkel. (*Leipzig.*)

**Sang.** — Des substances colorantes du sang, de la bile et de l'urine, par W. Michaïlow. (*Méd. Obosrénié*, août.) — De l'action des sels et du sucre sur les hématies, par Rollet. (*Sitzungsber der k. Akademie der Wissenschaften*, *Wien.*, t. 84, fasc. 1.) — Deux nouveaux hémochronomètres, par Malassez. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 32, 1882.) — Influence de la saignée sur la tension sanguine chez l'homme, par Silva. (*Giorn. della R. Acad. di Torino*, juin.) — De la saignée, par John Wylie. (*Glasg. med. Journ.*, p. 256.) — De la saignée, par Dujardin-Beaumetz. (*Med. News*, 6 oct.)

**Scarlatine.** — Des particularités cliniques de la scarlatine en 1882-1883 à l'hôpital de marine Kalinkine, par S. Karst. (*Mediz. Pribavlén. k morsk. Sbornikou*, sept.) — La néphrite scarlatineuse et l'hypertrophie du cœur, par Guarnieri (*Gaz. degli. ospit.*, p. 531.) — Bacilles dans la scarlatine, par Crooke. (*Lancet*, 3 mars.) — Usage du jaborandi ou de la pilocarpine dans le collapsus de la scarlatine maligne, par Park. (*Lancet*, 16 juin.)

**Scorbut.** — Le scorbut chez un nourrisson de neuf mois, par Verger. (*Congrès de la Rochelle*, p. 726, 1882.)

**Serpent.** — Expériences sur le venin du coclopeltis insignitus, par Peracca et Deregibus) (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, juin.) — De quelques expériences récentes sur le venin des serpents, par R. Fletcher. (*Am. journ. of the med. sc.*, p. 131, juil.) — Inefficacité du permanganate de potasse contre le venin des vipères, par Badaloni. (*Lancet*, 5 mai.)

**Sperme.** — Variations de la composition du sperme dans quelques cas pathologiques, par Méhu. (*Journ. de pharmacie*, juil.)

**Statistique.** — Statistique, par A. Legoyt. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série. t. XI.)

**Strabisme.** — Du strabisme conjugué paralytique par tubercule du noyau de la septième paire, par Vincentiis. (*Ann. di ottalmol.*, XII, p. 274.) — Sur l'opération du strabisme au moyen de l'avancement capsulaire, par de Wecker. (*Acad. des Sciences*, 15 oct.) — Strabisme, par E. Landolt. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XII.)

**Suette.** — De la suette miliaire chronique, par Pineau. (*Congrès de la Rochelle*, p. 796, 1882.) — Suette miliaire, par Doléris. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXIV.)

**Sueur.** — Sueur, par I. Straus. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXIV.)

**Surdité.** — Surdité ; surdi-mutité, par Gellé. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXIV.)

**Synoviale.** — Synoviale, par E. Schwartz. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXIV.)

**Syphilis.** — Syphilis, par G. Homolle et C. Vibert. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXIV.) — Gomme syphilitique, par J. Rollet. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. IX.) — Syphilide, par T. Barthélemy et F. Balzer. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXIV.) — Syphilis héréditaire, par Henrot. (*Union médicale du Nord-Est*, sept.) — Considérations cliniques et thérapeutiques sur la scrofule et la syphilis héréditaire, par Abadie. (*Union médicale*, 4-11 oct.) — De la syphilis héréditaire tardive, par H. Barth. (*Union médicale*, 29 sept.) — Présence simultanée de chancre et de chancroïde, par Ferguson. (*Med. news*, 20 oct.) — Deux observations de syphilis congénitale du larynx, par Percy Kidd. (*Med. Times*, p. 543, 12 mai.) — Deux cas de syphilis du poumon guéries rapidement par le traitement spécifique, par Raphael. (*New York med. Journ.*, 26 mai ) — Gomme syphilitique du cœur, par Henderson. (*Med. Times*, p. 676, 2 déc., 1882.) — Altération syphilitique précoce des artères, par Sharkey. (*Med. Times*, p. 106, 27 janv.) — Etude clinique sur la syphilis de l'œil et de ses annexes, par L. Connor. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 378.) — Gomme de la langue dans un cas de syphilis héréditaire, par Lloyd. (*Lancet*, 14 avril.) -- Affection syphilitique du foie, par Sharkey. (*Med. Times*, p. 107, 27 janv.) — Le traitement mercuriel et non mercuriel de la syphilis, par Robert Park. (*Glasg. med. Journ.*, p. 189.) — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées mercurielles, par A. Zabolotski. (*Méd. Obosrénié*, juil.)

## T

**Tabac.** — Par A. Guès. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXV.)

**Taille.** — Quarante-neuf lithotomies, par P. Diakonoff. (*Médiz. Obosrénié*, sept.) — Observation de taille, par Masson. (*Med. Times*, 20 janv.) — Etude historique, expérimentale et critique de la taille hypogastrique, par E. Bouley. (*Thèse de Paris*, 3 août.) — Statistique de 272 opérations de taille, par Melkan Altounian. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, juil, p. 151.) — Taille, par G. Bouilly. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXV.) — Taille hypogastrique chez un enfant de 16 ans ; extraction d'un calcul pesant 230 grammes, par Howe. (*New York med. Journal*, 17 fév.)

**Teigne.** — Des teignes chez les enfants et de leur traitement par l'huile de croton, par Descroizilles. (*Semaine méd.*, 4 oct.)

**Température.** — Expériences sur l'action des narcotiques à l'égard de la température du corps, par Rumpf. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 oct.) — Dispositif pour avoir une température constante sans gaz ni régulateur, par D'Arsonval. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 15, 1882.) — Thermomètres, thermométrie, par A. Witz. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXV.)

**Tendon.** — Tendon; ténotomie, par G. Schwartz. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXV.) — Contribution à l'étude des ruptures tendineuses du triceps fémoral, par Bernard. (*Th. Montpellier*, n° 58.)

**Tétanos.** — Tétanos traumatique anormal, par Boiffin. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, mai 1882.) — Tétanos des nouveau-nés, 1 observation, par Hooper May. (*Med. Times*, vol. I, p. 607, 1882.) — Réflexions au sujet d'un cas de tétanos, par Carrière. (*Concours médical*, 10 nov.) — Tétanos consécutif à un écrasement des orteils, durant 42 jours, amputation de Syme, guérison, par H. Marsh. (*Med. Times*, p. 421, 14 avril.) — Tétanos, par F. Poncet (de Cluny). (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXV.) — Un cas de tétanos prolongé, par Robinson et Stooker. (*Lancet*, 3 mars.) — Tétanos traumatique traité sans succès par la fève de Calabar, par J. Lawrie. (*Glasg. med. Journ.*, XX, p. 26.)

**Testicule.** — Testicule périnéal, par R. Williams. (*Med. Times*, p. 676, 2 déc 1882.) — Tumeur kystique du testicule avec dépôts dans les poumons et le foie, par V. Horsley. (*Med. Times*, p. 512, 5 mai.) — Tuberculose testiculaire et castration, par Monod. (*Progrès médical*, 13 oct.) — Testicule, anatomie, par S. Brissaud; pathologie, par L. Gosselin et C. Walther. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXV.) — Gangrène du scrotum; dénudation complète des testicules; génitoplastie par la méthode française; réunion immédiate, par Roque et Rascol. (*Montpellier médical*, avril.)

**Thérapeutique.** — Tendances de la thérapeutique moderne, par Liebermeister. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 et 15 oct.) — Toniques; médication tonique, par A. Luton. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXV.) — Traitement des maladies infectieuses par les vapeurs d'eucalyptus, par Gibbes. (*The Lancet*, 24 fév.) — Action thérapeutique du chlorate de potasse, par John Main. (*Glasg. med. Journ.*, p. 277.)

**Thorax.** — Manuel d'exploration clinique par les organes thoraciques et abdominaux, par Paul Guttmann. (5e édition, *Berlin.*) — Sur la cause du son thoracique, par M. Feletti. (*Rivista clinica di Bologna*, n° 8.)

**Thymus.** — Thymus, par G. Marchant. (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXV.)

**Thyroïde.** — La cause du goître, par J. Carret. (*Congrès de la Rochelle*, p. 727, 1882.) — Goître, par Krishaber. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. IX.) — Le goître endémique et ses rapports avec la surdi-mutité et le crétinisme, par Henrich Bircher. (*Bâle.*) — Goître exophtalmique, par H. Rendu. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. IX.) — Un cas de goître exophtalmique, par Pepper. (*New York med. Journal*, 21 juil.) — Lymphosarcome de la thyroïde et des ganglions cervicaux, généralisation, par A. Blomfield. (*Med. Times*, I, p. 521, 1882.) — De l'excision du goître parenchymateux, par P. Liebrecht. (*Bull. Acad. de Belgique*, XVII, n° 3.) Extirpation d'un petit goître, guérison, par Barker. (*Med. Times*, p. 656, 9 juin.) — Six cas d'extirpation du goître, par A. Zander. (*Vratch*, n° 32.) — Excision d'un goître suffocant, par Barker. (*Lancet*, 2 juin.)

**Torticolis.** — Torticolis, par Th. Weiss (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*, t. XXXV.) — Du torticolis fonctionnel, par Nègre. (*Th. Montpellier*, n° 37.)

**Trachée.** — De l'emploi du froid dans les maladies des voies aériennes, par Chapmann. (*Arch. of laryngology*, IV, n° 1.) — Du tamponnement permanent de la trachée, par Schœnborn et Langenbuch. (*Verh. der deuts. Ges. f. Chir.*, 12e congrès.) — Corps étrangers dans les voies aériennes, par Bruce. (*Lancet*, 17 fév.) — La trachéotomie chez les enfants au-dessous de 2 ans, par G. Chaym. (*Thèse inaugur. Berlin.*) — Trachéotomie pour laryngite morbilleuse, par Louis Secretan. (*Revue méd. Suisse romande*,

oct.) — Trachéotomie, note sur trois cas d'hémorragie mortelle, par Lucas. (*Thèse de Paris*, 7 novembre.) — Etiologie et traitement du rétrécissement trachéal après la trachéotomie, par Kappeler. (*Prager med. Woch.*, n° 7.) — Danger des canules à trachéotomie en argent (érosion de la canule, chute des débris dans les voies aériennes), par G. Lefferts. (*Arch. of laryngology*, IV, 3.) — Cinq cas de trachéotomie dans le croup, tous suivis de succès, par Little. (*Lancet*, 31 mars.)

**Transfusion.** — Injections intra-veineuses de solutions salines comme succédané de la transfusion dans les hémorragies graves, par Egerton Jennings. (*Lancet*, 10 fév.) — Transfusion de sang défibriné dans la cavité pleurale, par Silva. (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, juin.) — Transfusion dans un cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage, par Garrigues. (*New York med. Journal*, 3 mars.) — Observation d'injections intra-veineuses de liquides salins pour des hémorragies profuses, par Coates. (*Med. Times*, 17 mars.) — De la transfusion, par Jennings. (*Med. Times*, p. 108, 27 janvier.) — De la transfusion, par Le Page. *Med. Times*, 20 janvier.) — De la transfusion du lait et de la solution de chlorure de sodium dans les veines, comme traitement de l'anémie aiguë, par Vigezzi (*Annal. universali*, août.)

**Trépan.** — Procédés de trépanation sur le vivant et fabrication des rondelles crâniennes posthumes à l'époque néolitique, par Prunières. (*Congrès de la Rochelle*, p. 642, 1882.) — De la trépanation dans les traumatismes du crâne, par Lands. (*New York med. Journal*, 21 avril.) — Trépanation d'emblée, sans symptômes de compression, pour une fracture comminutive avec plaie de la région occipitale, par Clement Lucas. (*Med. Times*, I, p. 497, 1882.)

**Trichine.** — De la trichinose au point de vue de l'hygiène publique et de l'économie politique, par Billings. (*New York med. Journal*, 3 mars.) — Inocuité de la viande de porc trichiné, par Huet et Rebourgeon. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 37, 1882.)

**Tuberculose.** — Tuberculose zooglœïque, par Malassez et Vignal. (*Acad. des Sc.*, 5 nov.) — Le bacille tuberculeux et la clinique, par F. König. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 22, p. 345.) — Le bacille tuberculeux et ses relations avec la phtisie pulmonaire, par Lindsay Steven. (*Glasg. med. Journ.*, p. 345.) — Remarques sur la relation du bacille tuberculeux avec la phtisie pulmonaire, par Williams. (*The Lancet*, 24 février.) — Bacilles tuberculeux dans l'urine, par Smith. (*Lancet*, 2 juin.) — Leçons sur la tuberculose parasitaire, par Debove. (*Progrès médical*, 25 août et *Semaine médicale*, 17 mai.) — La contagiosité du tubercule et ses conséquences cliniques, par Warlomont. (*Union médicale*, 6 oct.) — Etude sur la mortalité nosocomiale par tuberculose pulmonaire faite à l'Hôtel Dieu de Rouen, par Leudet. (*broch. Rouen.*) — Bacilles de la tuberculose dans une ulcération périnéale dans la tuberculose du vagin et dans une ulcération de la lèvre inférieure, par Babès. — Tuberculose des organes génito-urinaires, par Cornil. (*Soc. anat.*, 20 juillet 1882.) — Diagnostic des tumeurs malignes et certaines affections tuberculeuses du testicule, par Butlin. (*Med. Times*, 2 juin.) — Ulcération tuberculeuse de l'anus; tuberculose pulmonaire et intestinale, par Thibierge. (*Soc. anat.*, 9 fév.) — Du pneumothorax chez les phtisiques, par Duffaud. (*Th. Montpellier*, n° 14.) — Du traitement climatérique de la phtisie pulmonaire, par Tyndale. (*New-York med. Journal*, 26 mai.) — Quelques faits de guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire à une période avancée de son évolution, par Mac Cready. (*New York med. Journal*, 26 mai.) — Tentatives de traitement désinfectant

de la phtisie par le respirateur à l'acide phénique, par N. Wobly. (*Thèse Saint-Pétersbourg.*)

**Typhoïde (fièvre).** — Questions d'hygiène à propos de la fièvre typhoïde épidémique, par Duché. (*Bull. Soc. méd. de l'Yonne.*) — Expériences sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par L. Letzerich. (*Leipsig.*) — Les émanations de fosses d'aisances sont-elles la cause de la fièvre typhoïde (réponse négative), par Hamilton. (*New York med. Journal*, 30 juin.) — Importance de l'entière désinfection des selles dans la fièvre typhoïde, par James Wilson. (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, p. 344.) — Epidémie de fièvre typhoïde à Newton-Heath, Manchester, par Tomkins. (*Lancet*, 3 mars.) — Sur l'étiologie de l'épidémie de fièvre typhoïde à Paris, par Pagliani. (*Giorn-della R. Acad. di Torino*, janvier.) — De l'épidémie de fièvre typhoïde à Auxerre, par Duterque. (*Bull. Soc. méd. de l'Yonne.*) — L'épidémie de fièvre typhoïde à Montpellier. (*Gaz. hebd. Sc. méd. Montpellier*, n° 28.) — La fièvre typhoïde d'après la discussion de l'Académie de Médecine de Paris, par Moglia. (*Annali universali*, août.) — Notes sur la fièvre typhoïde, par M. Popoff. (*Mediz. Pribavlén. K. morsk. Sbornikou*, sept.) — Un cas de fièvre typhoïde chez un nouveau-né de 9 jours, par B. Ignatieff. (*Mediz. Obosrénié*, sept.) — Sommeil profond et tenace comme phénomène capital d'une fièvre typhoïde bénigne, par Hiller. (*Charité Annalen VII Jahrg*, p. 314.) — Fièvre typhoïde abortive avec phénomènes de collapsus grave, par Hiller. (*Charité Annalen*, VII, p. 314.) — De la forme cardiaque de la fièvre typhoïde, par Bernheim. (*Congrès de la Rochelle*, p. 760, 1882.) — Aphasie, hémiplégie droite avec hémianesthésie dans le cours d'une fièvre typhoïde, par Sorel. (*Union médicale*, 2 oct.) — Fièvre typhoïde à double rechute, avec intervalle remarquablement long entre la première et la seconde atteinte, par R. Forrest. (*Glasg. med. Journ.*, p. 368.) — Un cas de fièvre typhoïde prolongée, par Robert Park. (*Glasg. med. Journ.*, XX, p. 1.) — Orchite, avec gangrène d'une portion du testicule, consécutive à la fièvre typhoïde, par Harrison. (*Lancet*, 9 juin.) — Néphrite dothiénentérique, par Lober. (*Bulletin médical du Nord*, juin.) — Deux cas de rash scarlatiniforme dans la fièvre typhoïde, par Whipham. (*Lancet*, 21 avril.) — Traitement de certaines complications de la fièvre typhoïde par les bains froids, par Du Cazal. (*Union médicale*, 16 sept.) — A propos de la méthode de Brand, par Féréol. (*Union médicale*, 4 septembre.)

## U

**Ulcère.** — Un cas d'ulcère perforant symétrique des deux pieds, par Heath. (*Lancet*, 17 mars.) — Du mal perforant, par Mirapeix. (*Thèse de Montpellier*, n° 35.)

**Urètre.** — Le canal de Gartner, par Garrigues. (*New York med. Journal*, 31 mars.) — Fistule uréthro-rectale, rétrécissement de l'urètre, néphrite interstitielle, urémie, par Péraire. (*Soc. anatom.*, 6 avril.) — Rétention d'urine par rétrécissement blennorragique de l'urètre, périnéphrite suppurée, mort, par Picqué. (*Soc. anatom.*, 9 mars.) — Leçons cliniques sur l'uréthrotomie, par Holmes. (*Med. Times*, 10 fév.) — Uréthrographe ou instrument permettant d'obtenir le tracé autographique de la circonférence du canal de l'urètre, par Herschell. (*Lancet*, 2 juin.)

**Urine.** — Sur la provenance du soufre difficilement oxydable de l'urine, par Lépine et Guérin. (*Acad. des Sciences*, 12 nov.) — Urines chyleuses, par Prospero Sonsino. (*Med. Times*, vol. I, p. 495, 522, 553, 1882.) — Sur la redissolution des pigments de l'urine en vue de faciliter l'examen microscopique des sédiments urinaires, par Méhu. (*Ann. des malad. des organes gén. urin.*, août.) — Dosage des matières extractives de l'urine, par Étard et Richet. (*C. R. de la Soc. de Biolog.*, n° 23, 1882.) — Alcaloïdes dans les urines de certaines maladies infectieuses, par Ch. Bouchard. (*Ibid.*), n° 70, 1882.) — Acide phospho-glycérique dans l'urine normale et pathologique, par Lépine et Eymonnet. (*Ibid.*, n° 31, 1882.) — Papiers d'épreuve pour reconnaître la présence du sucre dans l'urine au lit du malade, par Oliver. (*Lancet*, 19 mai.)

**Urticaire.** — Etiologie de l'urticaire, par G.-H. Fox. (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, janv.) — Le traitement de l'urticaire, par G.-H. Fox. (*Ibid.*, avril, p. 197.)

**Utérus.** — Développement de l'utérus et du vagin, par G. Imbert. (*Thèse d'agrég., Paris.*) — Artères de l'utérus et de ses annexes. Rapports avec les uretères, par Chalot. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 25.) — De la position normale de l'utérus, par Currier. (*New York med. Journal*, 27 janv.) — Troubles profonds de la nutrition et du développement chez une chlorotique causés probablement par une atrophie congénitale de l'utérus, par Hiller. (*Charité Annalen*, VII, p. 314.) — Leçons sur la stérilité des femmes, par Duncan. (*Brit. med. Journ.*, mars et avril.) — De quelques maladies peu connues de la portion cervicale de l'utérus pouvant causer la stérilité, par Courty. (*Congrès de la Rochelle*, p. 771, 1882.) — Col utérin, leçon sur l'hypertrophie, par Heywood Smith. (*Med. Times*, I, p. 193, 1882.) — Mémoire sur le traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par Richelot. (*Union médicale*, 11 août.) — Analyse de vingt-sept opérations de restauration du col utérin déchiré, au point de vue des effets ultérieurs sur la conception et l'accouchement, par Baer. (*New York med. Journal*, 14 juil.) — Deux cas de déchirure du col utérin traités avec succès par avivement et suture, par Emmet. (*New-York med. Journal*, 3 mars.) — Nouvelle méthode d'introduire le perchlorure de fer dans la cavité utérine, par Teutleben. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 24, 1881.) — De la nécessité de pratiquer les injections intra-utérines à l'aide d'un tube long, par Forster. (*Boston med. and surg. journ.*, 5 janv. 1882.) — Etiologie et traitement de la rétroversion utérine, par Bellissent. (*Th. Montpellier*, n° 42.) — Inversion de l'utérus avec prolapsus, par Schmith. (*Cent. f. Gyn.*, n° 6.) — Deux cas d'inversion aiguë de l'utérus, par W. Wastin. (*Méd. Wiéstnik*, n^os 35-37.) — Prolapsus utérin, élytrorraphie, par Herman. (*Med. Times*, 25 août.) — Phlébite utérine suppurée post puerpérale terminée par coagulation et suivie de guérison, par Luc. (*France médicale*, 6 fév.) — Un cas de prolapsus complet des organes du bassin chez une femme; guérison, par A. Silbermünz. (*Méditz. Wiéstnik*, n° 41.) — De la latéro-version congénitale de l'utérus, par Lasarévitch. (*Mediz. obosrénié*, sept.) — Replacement de l'utérus inverti depuis cinq ans, par A. Edis. (*Brit. med. Journ.* p. 561, mars.) — Fibromyome rétro-cervical sous-séreux de l'utérus, par W. Maslowski. (*Mediz. Wiéstnik*, n^os 31-34.) — Tumeur fibreuse de l'utérus; occlusion intestinale par compression du rectum, par Lévêque. (*Progrès médical*, 13 oct.) — Deux hystérectomies, par Brossier. (*Journal de médecine de l'Ouest*, mai.) — Myome utérin, traitement par l'appareil élytro-ptérigoïde, diminution rapide, puis disparition complète de la tumeur, par Chassagny. (*Lyon méd.*, 23 sept.) — Leçon sur le traitement chirurgical des myomes

fibreux de l'utérus, par K. Thornton. (*Med. Times*, 7 juil.) — Cancer du col et du corps de l'utérus; laparotomie, extirpation du corps utérin; impossibilité d'enlever la totalité du néoplasme; mort au bout de vingt-quatre heures, par Janvier. (*New York med. Journal*, 10 fév.) — L'extirpation de l'utérus cancéreux est-elle une opération justifiée? par R. Jackson. (*Med. News*, 22 sept., p. 330.) — Observation d'extirpation de l'utérus et de ses annexes pour un épithélioma de la cavité, par K. Thornton. (*Med. Times*, p. 108, 27 janv.) — Quatre cas de sarcome de l'utérus, par Coe. (*New York med. Journal*, 21 juil.)

## V

**Vaccin.** — Preuve à l'actif de la vaccination, par Ostmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 585, 17 sept.) — Histologie de la pustule vaccinale du veau; micrococcus du cowpox, par Straus. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 29, 1882.) — Deux observations de pullulation vaccinale généralisée, par Rigabert. (*Congrès de La Rochelle*, p. 752, 1882.) — Psoriasis et autres maladies associées à la vaccination, par Th.-F. Wood. (*Journal of cut. and ven. diseases*, mars.) — Psoriasis suite de vaccination, par Piffard. (*Journal of cut. and ven. diseases*, janvier, p. 119.) — Urticaire consécutive à la vaccination, par Mravlay. (*New York med. Journal*, 21 juil.)

**Vagin.** — Kyste volumineux du vagin, par J. Veit. (*Zeit. f. Geburtsh.*, VIII, Heft 2.) — Empalement vaginal d'une jeune femme produit pendant une chute du haut d'un arbre sur une palissade à claire-voie. Phénomènes consécutifs immédiats, par A. Espagne. (*Gaz. heddom. sc. méd., Montpellier*, n° 40.) — Occlusion cicatricielle du vagin, par More Madden. (*Acad. of med. in Ireland; Med. Times*, 20 janv.) — Occlusion spontanée du vagin à la suite d'un accouchement difficile; rétention du sang menstruel; ponction et dilatation; guérison, par Holdsworth. (*Lancet*, 2 juin.)

**Variole.** — Variole, éruption vaccinale, éruption hybride vaccinale et eczémateuse, par E. Smith. (*Journ. of cut. and vener. diseases*, mars, p. 165.) — Phlegmon sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure dans la convalescence de la variole, par Brousse. (*Gaz. hebdom. sc. méd. Montpellier*, n° 30.) — Prophylaxie de la variole; les revaccinations, par A. Mossé. (*Gaz. hebd. sciences méd. Montp.*, n$^{os}$ 45, 47.)

**Veine.** — Thrombus, par A. Doléris. (*Nouv. dict. de méd. et de chirurgie*, t. XXXV.) — Des anastomoses des veines pulmonaires avec les veines bronchiques et avec le réseau veineux du médiastin, par Zuckerkandl. (*Sitzungsberichte der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften. Wien*, vol. LXXXIV, fasc. 1.) — Un cas d'oblitération de la veine cave supérieure, par Wilkins. (*Lancet*, 12 mai.) — Blessure de la veine jugulaire interne pendant l'ablation d'une tumeur du cou; excision et ligature du vaisseau, guérison, par Markoe. (*New York med. Journal*, 26 mai.) — Cure radicale du varicocèle, par L. Jenckes. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juil.)

**Vessie.** — Suppression absolue des urines pendant 75 heures; guérison, par Donovan. (*Lancet*, 10 mars.) — Division congénitale de l'urètre avec exstrophie de la vessie, par Campbell. (*Med. News*, 22 sept., p. 327.) — Hernies tuniquaires multiples de la vessie avec abcès sous-péritonéal

communiquant avec la vessie, par KHNTIRIANN (*Soc. anat.*, 2 mars.) — Remarques sur l'exploration de la vessie et le traitement de la cystite par l'uréthrotomie médiane, par H. MORRIS. (*Med. Times*, p. 89, 28 juil.) — Opération (incision périnéale de l'urèthre) pour l'exploration de la vessie et l'extirpation des calculs, tumeurs, etc., par THOMPSON. (*Med. Times*, p. 183, 3 fév.) — Quatre observations de polypes de la vessie extirpés par une opération, par THOMPSON. (*Med. Times*, p. 138, 3 fév.) — Douze observations de tumeurs de la vessie (10 h. 2 f.) extirpées par une nouvelle opération, par H. THOMPSON (*Med. Times*, p. 714, 23 juin.) — Quatorze cas d'exploration digitale de la vessie par une boutonnière périnéale, parmi lesquels dix fois une tumeur vésicale a été découverte et enlevée, par HENRY THOMPSON. (*Lancet*, 10 fév.) — Polype de la vessie chez une enfant de 5 ans, par SHATTOCK. (*Path. Soc.; Med. Times*, 13 janv.) — Sarcome de la vessie et de la prostate, par S. WEST. (*Med. Times*, p. 676, 2 déc, 1882.) — Sarcome de la vessie, par R. WILLIAMS. (*Med. Times*, p. 311, 17 mars.) — Sarcome de la vessie, par MUSSER. (*Med. News*, p. 133, 4 août). — Épithéliome de la vessie, par BERRIDGE. (*Path. Soc.*; *Med. Times*, 27 janv.) — Squirrhe de la vessie, par BERKELEY HILL. (*Med. Times*, 30 déc. 1882.) — Calculs dans la vessie. Observations, par TÉDENAT et PECH. (*Montpellier médical*, août.) — De l'intervention chirurgicale chez les calculeux, par MULLER. (*Thèse de Lille*, 31 juil.) — Trois cas de corps étrangers extraits de la vessie chez l'homme, par KROENLEIN : 1° bagnette d'osier, longue de 30 centimètres, extraite par une boutonnière et déjà très incrustée après un séjour de 5 jours seulement; 2° crayon; 3° tige de lycopode ayant séjourné 2 ans et servant de noyau à un calcul volumineux, (*Corr.-Blatt f. schwizer Aerzte*, n° 21, p. 527, 1er nov.) — Une observation de séjour dans la vessie d'un tube en verre, par JAMES ADAMS. (*Glasg. med. Journal*, XX, p. 24.) — Double fistule vésico-vaginale déterminée par l'introduction d'un corps étranger dans la vessie, par REDEKER. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 51, 1882.) — Plaies pénétrantes de la vessie par STOKES. (*Med. Times*, p. 257, 3 mars.) — Sur la rupture de la vessie, par MACDOUGALL. (*Lancet*, 17 fév.) — Rupture de la vessie, par RIVINGTON. (*Lancet*, 17 mars.)

**Viande.** — Sur les dangers causés par la viande de porc ladre, par PAGLIANI. (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, déc. 1882.)

**Vision.** — Étude de la durée de la perception des impressions visuelles composées par TIGERSTEDT et BERGQUIST. (*Zeit. f. Biol.* XIX, 1.) — Le champ de la vision, par J. MINOR. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 77, juil.)

**Vitré (corps).** — Observation du bouquet artériel faisant saillie dans le corps vitré avec élargissement de la papille, par CZERMAK. (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, oct.)

**Vulve.** — Un cas d'hymen imperforé avec hématomètre, par G. LÉVY. (*Médiz. Wiéstnik*, n° 39.) — Un cas d'hymen double, par J. LWOFF. (*Ibid.*, n° 36.)

---

# REVUE

DES

# SCIENCES MÉDICALES

## EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

## ANATOMIE.

**Ueber ein bisher noch selten beobachtetes Markbündel an der Basis des menschlichen Gehirns (Sur un faisceau de substance blanche situé à la base du cerveau humain et qui n'a été observé que rarement jusqu'ici), par B. BUMM** (*Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrank.*, *Band XIII*, *Heft* 1, *p.* 181).

Le faisceau de substance blanche en question émerge de la pointe du lobe temporal, chemine parallèlement au bord antérieur de la bandelette optique, coupe transversalement le pédoncule du septum lucidum et la substance perforée antérieure dont il contourne le rebord médian pour gagner la face interne de l'hémisphère; là, après avoir longé la commissure antérieure, il s'épanouit en éventail au niveau du septum lucidum. Dans la préparation anatomique dont l'auteur a annexé le dessin à son travail, le faisceau en question présentait une épaisseur d'environ 2 millimètres; il était constitué par des fibrilles à myéline, extrêmement grêles, et il était plus développé à droite qu'à gauche. D'après M. Bumm, Vicq-d'Azir d'une part, Inzani et Lemoigne (*Sul' origine e sul' andamento di varii fasci nervosi del cervello*, Parma, 1861) de l'autre, seraient les seuls auteurs qui aient fait mention de ce faisceau. De plus Inzani et Lemoigne l'ont décrit conjointement avec le pédoncule du septum lucidum et comme faisant partie de ce dernier, sous le nom de *fascio uncinato.* M. Bumm discute ensuite, pour les réfuter, les vues que MM. Inzani et Lemoigne ont émises sur l'agencement des faisceaux de ce qu'ils ont appelé le système « inter-hémisphérique ». D'après Bumm, le *fascio uncinato* serait tout simplement un faisceau d'association reliant le pédoncule du septum lucidum à la pointe du lobe temporal. E. RICKLIN.

**Recherches sur le faisceau solitaire du bulbe par MENDEL et par WERNICKE** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 1, *p.* 13, 7 *janvier* 1884).

Mendel contredit les résultats auxquels est arrivé Pierret (*R. S. M.*, XXI, 437) relativement à l'origine, au trajet et à la distribution du faisceau solitaire. Il a fait ses recherches sur l'homme, le singe et le chien.

C'est à la hauteur du deuxième nerf cervical que ce faisceau devient distinct; à ce niveau, il se trouve subdivisé en plusieurs faisceaux, à une faible distance du canal central et compris dans les cornes latérales.

Plus haut, il est placé un peu en dehors et en arrière du noyau de l'hypoglosse. Puis, se portant toujours plus en dehors et en arrière, il atteint le bord externe du noyau du pneumogastrique.

A l'extrémité antérieure de ce noyau, il subit un amincissement très brusque. Ses fibres, après avoir décrit un arc légèrement convexe en avant, pénètrent dans la masse grise du noyau du glosso-pharyngien.

Jamais Mendel n'a réussi à voir des fibres de ce faisceau entrer en rapport avec l'accessoire, le vague, ni avec l'un quelconque des autres nerfs placés au-dessus du glosso-pharyngien.

Il conclut que le faisceau solitaire est essentiellement une racine ascendante du glosso-pharyngien.

Sur le bord interne de la substance gélatineuse de la corne postérieure se voient, jusqu'à la hauteur des 3e et 4e nerfs cervicaux, des faisceaux nerveux très semblables de forme au faisceau solitaire.

Henle est le seul auteur qui les mentionne, et il les décrit comme les faisceaux d'origine du funiculus solitarius. Mendel est certain que c'est une erreur. Ces faisceaux remontent plus haut que le funiculus solitarius lui-même, mais il n'a pas réussi à fixer leur limite supérieure.

Dans la discussion de la Société berlinoise pour la psychiatrie et les maladies nerveuses, Wernicke maintient contre Mendel l'existence d'une connexion entre le faisceau solitaire et les origines du nerf pneumogastrique. J. B.

**Das Verhalten des Linsenkerns zur Hirnrinde bei Menschen und Thieren (Rapport qui existe entre le noyau extra-ventriculaire et la substance corticale chez l'homme et chez les animaux), par Paul KOWALEWSKY** (*Sitzungsb. der k. Akademie der Wissenschaften; Wien, vol. LXXXVI, nos* 3 à 5).

De ce travail fait au laboratoire de Meinert paraît résulter que :

1° La partie externe du noyau extra-ventriculaire reçoit des fibres de la couronne de Reil, de la capsule externe et de la capsule interne (fibres surtout visibles sur des préparations d'animaux);

2° Une partie de ces fibres se termine dans le tiers antérieur de la couche externe du noyau, une autre pénètre jusqu'à la lame médullaire et dans la deuxième couche du noyau lenticulaire;

3° Du tiers inférieur de la couche externe naissent d'autres fibres qui vont à la deuxième couche du noyau lenticulaire;

4° La deuxième couche de ce noyau reçoit des fibres de la couronne rayonnante de Reil par l'intermédiaire de la première couche, de son tiers inférieur, de la capsule interne et de la lame médullaire;

5° La troisième couche du noyau reçoit des fibres de la capsule interne et en partie de la deuxième couche;

6° Les noyaux extra- et intra-ventriculaire représentent un ganglion divisé en deux par la capsule interne. MARCUS.

**Ueber die erste Entwickelung der weissen Substanz am Gehirn und Rückenmark, sowie über diejenige der Wurzelfasern (Premiers développements de la substance blanche et des fibres radiculaires des centres nerveux), par HIS** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 19, p. 649, 1er octobre 1882*).

Dans l'embryon humain, l'époque d'apparition des premiers linéaments de substance blanche dans le système nerveux, correspond au début de la quatrième semaine.

Les cellules qui, jusqu'alors, constituaient uniquement le tube médullaire, émettent des prolongements disposés, pour le plus grand nombre, en rayons et les autres en cercles.

Une partie des fibres rayonnantes se transforme en névroglie, laquelle se montre dans la moelle épinière avant les fibres longitudinales.

D'autres fibres rayonnantes s'avançent jusque dans la substance qui environne la moelle et deviennent des fibres radiculaires motrices.

Très vraisemblablement, les racines sensitives proviennent des éléments ganglionnaires. Elles s'unissent d'abord pour former un faisceau longitudinal juxtaposé au tube médullaire. J. B.

**Experimentelle Untersuchungen über die Leitungsbahnen im Rückenmarke des Hundes (Recherches expérimentales sur les voies de conduction de la moelle chez le chien), par KUSMIN** (*Wien. med. Jahrbücher, Heft II, p. 355, 1882*).

L'auteur a pratiqué sur un grand nombre de jeunes chiens, en faisant usage des procédés antiseptiques, des sections de la moelle. Voici le résumé de ses expériences avec les conclusions qu'il en tire :

1° Section des cordons antérieurs, des cordons postérieurs et de la substance grise au niveau de la sixième vertèbre cervicale :

Contracture des membres dans l'extension.

Diminution de la sensibilité et de la motilité (c'est grâce à l'intégrité des cordons latéraux que ces fonctions ne sont pas abolies) ; conservation des réflexes.

2° Section des cordons latéraux seuls, les cordons antérieurs et postérieurs étant respectés ainsi que l'axe gris. Même résultat que dans l'expérience précédente : diminution de la sensibilité et des mouvements.

Il faut en conclure que les cordons latéraux sont des voies de conduction de la sensibilité et de la motilité, mais ne jouissent pas seuls de ce privilège, comme Woroschiloff et Weiss l'affirment.

3° Section de la moelle, en respectant seulement les cordons postérieurs. Les chiens présentent une paralysie complète des membres inférieurs et de la queue, mais la sensibilité est conservée.

4° Section de la moelle, en respectant seulement les cordons antérieurs. La sensibilité disparaît, mais la motilité persiste. Les cordons antérieurs sont donc surtout des conducteurs de la motricité. L'auteur les sectionne seuls chez d'autres chiens et constate alors une paralysie partielle. En coupant, au contraire, les cordons postérieurs, il obtient des symptômes qui se rapprochent de ceux de l'ataxie : les animaux paraissent inhabiles à diriger leurs mouvements, tout en conservant la sensibilité, la force musculaire et les réflexes.

5° Hémisection de la moelle à droite, au niveau de la sixième vertèbre

cervicale : le chien présente une hémiplégie droite, avec anesthésie du membre inférieur du côté opposé, tandis que le membre supérieur reste sensible : Mais au bout de trois jours, la sensibilité reparaît.

Ces faits prouvent d'abord que les nerfs sensitifs destinés au membre inférieur ont déjà subi leur entrecroisement dans la moelle cervicale et ensuite que les parties restées intactes de la moelle contiennent des fibres capables de restituer la sensibilité aux membres anesthésiés.

Pour ce qui concerne la paralysie du mouvement, on voit qu'elle disparaît aussi au bout de six semaines. Ce fait est dû non pas à l'action de la substance grise, mais aux fonctions vicariantes de la moitié respectée. En effet, quand les membres ont recouvré la motilité, l'auteur peut pratiquer une nouvelle hémisection du côté déjà lésé sans provoquer de nouvelle hémiplégie, ni d'hémianesthésie. La moitié saine de la moelle contient donc des conducteurs sensitifs et moteurs pour les deux moitiés du corps. Cette expérience prouve en outre que les fibres qui restituent la motilité au membre inférieur paralysé par l'hémisection cervicale ne passent au côté correspondant de la moelle qu'au niveau du point d'émergence des racines antérieures destinées à ce membre.

6° La dernière expérience démontre que les vaso-constricteurs appartiennent exclusivement aux cordons latéraux. L. GALLIARD.

**Des nerfs vaso-dilatateurs de l'oreille externe, par DASTRE et MORAT** (*Archiv. de physiologie*, 1882).

Une proportion notable des nerfs vaso-dilatateurs de l'oreille est contenue dans la chaîne du sympathique et naît de la région de la moelle désignée par Budge et Waller sous le nom de centre cilio-spinal. De cette même région naissent précisément les éléments irido-dilatateurs, les éléments sécréteurs et les nerfs contricteurs que le sympathique fournit à la face. V. HANOT.

**Distribution des racines motrices dans les muscles des membres, par LANNEGRACE et FORGUE.**

**I. — Résultats relatifs au plexus brachial, par FORGUE** (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier, n*os 31-33, 1883).

**II. — Résultats relatifs au plexus lombo-sacré, par LANNEGRACE** (*Ibidem, n*os 38, 39, 40, 42, 1883).

**III. — *Idem*, par FORGUE** (*Th. Montpellier*, 1883, *n*° 48).

I. — L'auteur s'est proposé de rechercher si les racines motrices de la moelle constituaient des faisceaux systématiquement composés, correspondant aux groupes musculaires synergiques. La question a déjà été étudiée, et l'on trouve chez les auteurs une double tendance : les uns refusent à chaque racine motrice tout rôle spécial; l'action de chaque racine isolée s'étend à la totalité des muscles du membre, la section de chacune intéresse l'ensemble des mouvements. Les autres, au contraire, défendent la spécialité fonctionnelle de chaque racine; soit qu'avec Marcacci, ils lui accordent le privilège des mouvements bien opposés, soit qu'avec Ferrier et Yeo, ils la considèrent comme préposée à des mouve-

ments coordonnés spéciaux et à des contractions combinées. Ferrier et Yeo ont étudié ces effets mécaniques complexes après l'excitation de chacune des racines motrices du plexus brachial et lombo-sacré chez le singe. L'auteur a repris ces excitations totales des racines sans arriver à des résultats bien instructifs; il est plus rationnel de substituer à cette observation synthétique l'analyse des divers troncs composants du plexus. L'étude anatomique suffit à montrer que les troncs définitifs empruntent à plusieurs racines et naissent de plusieurs segments médullaires. C'est la part d'innervation de chacun des faisceaux d'origine des troncs définitifs que l'auteur a voulu déterminer. Voici le manuel opératoire : l'animal était maintenu en anesthésie continue; les racines du plexus étaient toutes liées ou sectionnées pour supprimer tout réflexe; l'excitation était faite avec le minimum du courant, les muscles disséqués avec précaution. On peut condenser en trois formules générales les résultats obtenus :

1° Chaque racine fournit aux deux plans opposés du membre, plan antérieur et postérieur. La distribution, toutefois, n'est pas entièrement symétrique aux deux plans; sinon on arriverait à une neutralisation des puissances musculaires opposées.

2° Plus on se rapproche des paires dorsales, plus l'excitation s'étend aux masses musculaires des segments inférieurs du membre. Il y a chez le chien un rameau fourni par la deuxième dorsale, dont l'action se localise aux muscles intrinsèques de la main.

3° On voit, à mesure que l'excitation se rapproche des paires dorsales, les contractions gagner progressivement les masses musculaires du plan externe du membre vers le plan interne.

II. — 1° Tous les muscles des membres (à part les sus- ou sous-épineux, le pectiné, le petit adducteur et les muscles de la région antéro-externe de la jambe) sont innervés par plusieurs racines; l'excitation isolée d'une racine détermine, dans les muscles innervés par elle, la contraction d'une partie seulement de leurs fibres; la contraction totale, physiologique, d'un muscle, nécessite l'intervention de plusieurs racines; la paralysie complète d'un muscle comporte la lésion de plusieurs racines.

2° Chaque racine a une distribution à peu près absolument constante et concourt à l'innervation d'une série toujours identique de muscles.

Chaque racine se distribue à des muscles ayant des actions ordinairement différentes, parfois opposées; elle renferme donc des fibres très diverses par la fonction.

Les fibres nerveuses synergiques émanées des divers étages des renflements brachial et crural se groupent seulement au niveau des plexus pour constituer les troncs terminaux de ceux-ci.

3° Chaque racine fournit dans le membre à des articles multiples, mais toujours contigus les uns aux autres.

Chaque racine descend d'autant plus bas dans le membre qu'elle occupe au niveau de la moelle un rang plus inférieur.

La descente des filets radiculaires ne s'opère pas d'une façon symétrique sur les deux plans du membre.

*Déductions :* 1° Les renflements brachial et crural de la moelle ne sont pas constitués par une série de noyaux circonscrits, de centres moteurs distincts, qui seraient régulièrement empilés. Les groupes cellulaires de fonction différente ne sont pas superposés, mais juxtaposés; ils sont peut-

être constitués par des réseaux enchevêtrés les uns dans les autres ; mais il est plus probable qu'ils forment des colonnes adossées et plus ou moins imbriquées.

2° Chaque segment des renflements brachial et crural donnant naissance à une paire nerveuse ne constitue pas une unité physiologique.

3° La connaissance de la distribution des racines motrices facilite le diagnostic des paralysies radiculaires, l'intelligence de la marche de l'atrophie musculaire progressive.

4° Pour comprendre la localisation spéciale des paralysies d'origine médullaire, il faut non seulement considérer les relations topographiques des divers groupes nerveux moteurs, mais encore tenir compte de leur énergie constitutionnelle ; la résistance vitale des groupes extenseurs est plus faible que celle des groupes fléchisseurs.

III. — Dans sa thèse inaugurale, Forgue a exposé l'ensemble des recherches anatomiques et physiologiques, auxquelles il a procédé avec Lannegrace, ainsi que les déductions cliniques et physiologiques qui en résultent. Le résumé est fourni par l'analyse des deux mémoires, que nous venons de faire. A. MOSSÉ.

**Note sur la terminaison des fibres nerveuses motrices dans les muscles striés de la torpille, par U. CIACCIO** (*Archiv. ital. de biologie, t. III, fasc. 1er, p. 75 avril* 1883).

Les faisceaux musculaires sur lesquels a porté l'examen de l'auteur ont été traités par le chlorure double d'or et de cadmium. Il a pu s'assurer ainsi, entre autres particularités, que la plaque motrice est bien plus adhérente au sarcolemme qu'à la substance contractile même ; et que dans les plaques motrices des torpilles toutes les fibres nerveuses se terminent en une multitude de grappes de petits grains nerveux que le chlorure d'or et de cadmium colore toujours en violet foncé, tandis que les filaments très minces qui les portent et tout le reste des fibres pâles sont à peine teintés d'un violet très clair. Enfin la substance dite grenue des plaques motrices de la torpille ne serait pas répandue dans toute la masse de ces plaques, mais se trouverait rassemblée seulement là ou sont les grappes nerveuses terminales. C. GIRAUDEAU.

**Sur la structure de la fibre musculaire striée et sur les analogies de structure et de fonction entre les tissus musculaires et les cellules à bâtonnets (Protoplasma strié), par H. MARTIN** (*Arch. de physiologie* 1882).

Les éléments essentiels à la constitution anatomique de tout protoplasma, quel qu'il soit, sont une substance molle, pâteuse, qu'on peut appeler la gangue, et des granulations protéiques, sphériques et de différents volumes.

Le protoplasma d'une cellule, aussi *différenciée* qu'on la suppose, et certes il n'en est pas de plus complexe que la cellule musculaire striée, est réductible, en dernière analyse, à la gangue protoplasmique et à la granulation. C'est donc sur la nature des rapports réciproques de ces deux éléments essentiels de constitution qu'est basée la différenciation anatomique, et la loi d'homéomorphisme, tant en anatomie qu'en pathologie, est bien plus absolue qu'on ne pourrait le supposer.

Une des propriétés essentielles du protoplasma est la contractilité. En se basant sur les faits connus, on arrive à définir certains rapports fort évidents entre la structure d'un protoplasma et le degré de perfection de ses propriétés contractiles. On voit de la sorte que le bâtonnet musculaire strié occupe incontestablement le premier rang.

Mais il est ensuite une multitude de cellules à bâtonnets construites absolument sur le même type que les bâtonnets de la fibre musculaire lisse : on est conduit de la sorte à supposer que toutes ces cellules doivent être également contractiles.

La contractilité est moins active, plus lente, dans les éléments à granulations sériées, mais renfermées dans une substance uniforme non fasciculée.

Enfin, le protoplasma diffus, simplement granuleux, ne possède qu'une contractilité très lente, non régularisée, tout au moins à notre connaissance. C'est elle qui constitue le mouvement dit amiboïde. Il est d'ailleurs bien entendu qu'on ne prétend nullement établir un rapport quelconque entre la propriété plus ou moins parfaite de contractilité et la *fonction physiologique* d'une cellule ; une cellule d'ordre tout à fait supérieur par la fonction pouvant n'être formée que de protoplasma diffus.

Un dernier fait resterait à élucider. Quelle est la nature de ces granulations qui paraissent jouer un rôle si important dans la substance protoplasmique?

S'agirait-il là de simples granules, de coagulations accidentelles de matière inerte et dénuée de vie? Cette supposition semble concorder bien mal avec tout ce qui précède. Ne semble-t-il pas évident, au contraire, que c'est la granulation qui, par son volume, par sa position, par ses rapports réciproques, donne à la cellule son cachet anatomique?

Ne voit-on pas, d'autre part, des cellules, fasciculées absolument de la même manière, posséder cependant des propriétés physiologiques bien différentes, indiquant ainsi que ces propriétés dépendent non de leur structure, mais de leur *manière de vivre?* Enfin ne connaît-on pas des cellules douées absolument des mêmes propriétés optiques, etc., que les granulations protoplasmiques propres aux cellules du règne animal : il est fait allusion ici, on le comprend, à l'immense groupe des *micrococci* si étudiés de nos jours et dont l'origine végétale n'est peut-être pas si fort à l'abri de la critique que les recherches actuelles semblent le dire.

En un mot, les faits abondent pour nous encourager à penser, ainsi que Béchamp l'affirme depuis si longtemps déjà, que la granulation protéique du protoplasma est peut-être un élément vivant, une cellule, dont la vie et la fonction régulariseraient et spécifieraient, dans un sens physiologique déterminé, l'être complexe que nous désignons encore sous le nom de cellule simple ou primitive. V. H.

**Recherches anatomiques et physiologiques sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien, par O. MAUBRAC** (*Thèse de Bordeaux*, 1883).

Le sterno-cléido-mastoïdien constitue un groupe musculaire plus compliqué que ne l'indiquent les auteurs. D'après Maubrac, il comprend quatre

faisceaux : sterno-mastoïdien, sterno-occipital, cléido-occipital, cléido-mastoïdien. Ce dernier est profond, les trois premiers superficiels. Le cléido-mastoïdien se distingue aussi par son innervation qu'il doit presque exclusivement au spinal, tandis que les autres faisceaux reçoivent des filets anastomotiques du spinal et de la 3e paire cervicale, et par son action qui tend surtout à augmenter la flexion de la tête, tandis que les faisceaux sternaux sont extenseurs et rotateurs de la tête, et ne deviennent fléchisseurs que si la flexion est déjà commencée. Le chef sterno-mastoïdien soulève le sternum à la fin de l'inspiration et ralentit l'expiration. Par la mobilité qu'il imprime à la tête, ce muscle, d'après M. le professeur Bouchard, est un auxiliaire des organes des sens : il permet d'embrasser la presque totalité de l'horizon ; aussi son innervation est-elle en relation étroite avec celle des muscles du globe de l'œil (déviation conjuguée). Nombreuses recherches d'anatomie comparée; — 6 planches, 2 schéma. X. ARNOZAN.

**Studien über die Blutscheibchen aus dem angeblichen Zerfall der weissen Blutkörperchen bei der Blutgerinnung (Études sur les hématoblastes. — Doivent-ils être considérés comme des déchets de leucocytes provenant de la coagulation sanguine?), par Karl LAKER** (*Sitzungsberichte der k.* (*Wiener*) *Akademie d. Wissenschaften, vol. LXXXVI,* n° 3).

Déjà en 1878, dit l'auteur, M. Hayem a trouvé et décrit dans le sang, de petits corpuscules qu'il considère comme des globules sanguins en voie d'évolution. En 1882, ajoute-t-il, M. Bizzozero a décrit lui aussi les mêmes corpuscules sous le nom de plaquettes sanguines. L'auteur, dans cet intéressant travail, soumet cette question à une nouvelle et rigoureuse étude, dans laquelle le liquide A de M. Hayem, qu'il considère comme le meilleur réactif, lui a donné d'excellents résultats. Laker ne peut admettre l'opinion d'après laquelle les hématoblastes seraient des déchets de leucocytes qui n'apparaîtraient qu'après la saignée.

Cette opinion, qui s'appuie sur la théorie de A. Schmidt, est combattue par les expériences de l'auteur. Puis passant en revue les travaux de Heyl, A. Schmidt, Wooldridge, Hoppe-Seyler, Miescher, Laker prouve que les leucocytes sont des organismes d'une vitalité tenace et résistante et qui ne se détruisent pas aussi facilement qu'on veut bien le supposer. S'appuyant sur des expériences concluantes, l'auteur proteste énergiquement contre l'explication précédemment rappelée, de l'origine de ces corpuscules (hématoblastes de M. Hayem).

Il possède, dit l'auteur, depuis des années du sang qui s'est admirablement conservé dans la liqueur de Hayem. Ce sang enlevé après la saignée montre maintenant encore les trois éléments du sang dûment constatés.

Reste à montrer que ces corpuscules méritent réellement le nom d'hématoblastes. La preuve indirecte en est déjà donnée, car ce ne sont *sûrement* pas des débris d'éléments. La preuve directe, l'observation immédiate du passage d'un hématoblaste à l'état de globule sanguin, l'auteur n'a pu la faire. Toutefois M. Hayem et d'autres l'ont constaté. — Quand on pense maintenant à toutes les propriétés indéniables de ces corpuscules, à leur forme en disque biconcave avec la périphérie for-

tement bombée, à leur propriété qu'ils ont de s'empiler semblablement aux globules rouges, il est extrêmement probable, pense l'auteur, que ces corpuscules sont réellement des globules sanguins en évolution, de vrais hématoblastes.

MARCUS.

**I. — Développement de la colonne vertébrale, par H. PLANTEAU** (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1883).

**II. — Ueber Wachsthumsbeziehungen zwischen Rückenmark und Wirbelkanal (De l'accroissement comparé de la moelle et du canal vertébral), par W. PFITZNER** (*Morpholog. Jahrb.*, *Band IX*, *Heft* 1, 1883).

I. — Les recherches originales du travail de Planteau ont trait au développement des ligaments surépineux et interépineux et des ligaments jaunes.

L'auteur a constaté sur des embryons de mouton que le ligament cervical postérieur et le ligament interépineux se continuent entre eux sans ligne de démarcation. Il a vu aussi, ainsi qu'on peut s'en assurer en examinant des coupes transversales d'embryons mesurant 10 centimètres, qu'avant la soudure, en arrière, de l'arc postérieur des vertèbres, les tissus extrarachidiens sont en continuité directe avec ceux qui tapissent l'intérieur de l'arc vertébral et qu'une sorte de pédicule réunit à cette époque les rudiments du ligament cervical postérieur avec les tissus qui donneront naissance aux méninges. Cette portion rétrécie contient le point cartilagineux de l'apophyse épineuse.

Le ligament cervical postérieur est donc en continuité non seulement avec les ligaments interépineux, mais encore avec les tissus aux dépens desquels vont se développer les ligaments jaunes et même le surtout ligamenteux postérieur des corps des vertèbres.

Ces ligaments se développent par une genèse d'éléments élastiques qui apparaissent au milieu de la gaine qui entoure de toute part la colonne vertébrale, gaine composée de corps fibro-plastiques.

Les ligaments jaunes sont déjà distincts à la période cartilagineuse, et ils affectent, par rapport aux lames vertébrales, la disposition qu'ils présenteront plus tard chez l'adulte ; mais sur la face interne des lames, ces ligaments se continuent avec une couche épaisse de tissu qui se relie directement avec les ligaments élastiques des vertèbres situées au-dessus et au-dessous. Il semblerait donc que les lames sont doublées par une couche élastique continue du haut en bas de la colonne vertébrale.

Chez les fœtus de 30 centimètres, les ligaments jaunes sont constitués par des fibres plastiques fines, la plupart sans noyau.

II. — Il ressort du travail de Pfitzner :

1° Que l'origine des nerfs spinaux est subordonnée, chez l'homme, à de grandes variations individuelles ;

2° Que les nerfs thoraciques inférieurs naissent chez le nouveau-né d'un point beaucoup plus élevé de la moelle que chez l'adulte ;

3° Que si la portion cervicale de la moelle suit de près l'évolution correspondante de la colonne, la portion dorsale de l'axe médullaire se développe moins rapidement, dans les premiers temps de la vie fœtale, que le segment correspondant de la colonne vertébrale. Après la naissance, au

contraire, l'allongement relatif de la portion dorsale de la moelle devient très marqué. ASSAKY.

**Beiträge zur Histologie der Hornhaut (Contribution à l'histologie de la cornée), par HŒNE** (*Wien. med. Jahrbücher, Heft II, p.* 185, 1882).

L'auteur a recherché les modifications que l'âge fait subir à la cornée chez les animaux.

D'abord, que faut-il penser des lamelles qui constituent cet organe ? En coupant des cornées durcies dans l'alcool, en colorant les coupes avec du carmin pour les plonger ensuite, pendant quelques heures, dans l'acide acétique concentré, on voit la substance fondamentale parcourue par un grand nombre de lignes incolores très fines, d'épaisseur variable. Si l'on considère deux de ces lignes, parallèles sur une certaine étendue, on s'aperçoit qu'à la fin elles se rapprochent l'une de l'autre et s'unissent pour former une ligne plus épaisse ; celle-ci reste à son tour parallèle à la couche des cellules sur un certain espace, puis se divise en plusieurs petites lignes qui vont se réunir ensuite à d'autres ou qui se confondent entre elles. Il y a donc là entre les lamelles cornéennes un système de raies non pas parallèles, mais anastomotiques.

Quand on examine à un fort grossissement (1,200 à 1,500 diam.) les plus épaisses de ces raies, on voit que des corpuscules cornéens y sont parfois logés. Quelle est la nature de ces raies ? Elles ne sont pas constituées par du tissu conjonctif, puisqu'elles s'éclaircissent dans l'acide acétique concentré. Elles ne représentent pas non plus une substance cimenteuse interlamellaire. Il semble, au contraire, qu'elles soient formées par les prolongements des cellules cornéennes ; les plus importantes de ces raies, en effet, donnent naissance à des filaments très ténus qui parcourent en tous sens la substance fondamentale et abandonnent de fines ramifications aux raies voisines, constituant ainsi un réseau très délié ; chez les chiens et les lapins nouveau-nés, elles se colorent par le carmin et le chlorure d'or. Elles se présentent, sur les coupes qui les divisent transversalement, sous forme de points.

On admet que la cornée se divise toujours en fines lamelles. L'auteur fait remarquer que les cornées d'animaux vivants ne se prêtent pas à une pareille démonstration, et que c'est seulement après la mort que la structure lamellaire se manifeste.

L'âge détermine des modifications dans la structure de la cornée. Peu de temps après la naissance, les prolongements des corpuscules propres perdent la colorabilité par le carmin et le chlorure d'or. Chez les sujets âgés de 50 ou 60 ans, on voit que les cellules ne forment plus de rangées régulières, qu'elles se rétrécissent et deviennent plus rares. Les coupes de la cornée affectent alors une grande analogie avec celles de la sclérotique. De plus, le réseau filamentaux qui parcourt la substance fondamentale se comporte comme le tissu élastique, au point de vue des réactions physiques et chimiques. L'auteur en conclut que les prolongements filiformes des corpuscules cornéens se transforment avec l'âge en fibres élastiques ; on sait que le même processus existe d'après Spina pour les tendons, d'après Ravogli pour le tissu conjonctif du derme.

Les corpuscules se modifient également chez les chiens de 10 ans,

l'auteur constate que les cellules qui sont, à la périphérie de la cornée, nombreuses et volumineuses deviennent plus petites et plus rares vers le centre et finissent par disparaître complètement. Elles semblent donc se transformer d'une part en tissu élastique, d'autre part en substance fondamentale.

La cornée des hibernants a une structure analogue à celle des animaux âgés ; elle résiste comme celle-ci aux agents caustiques et irritants.

L. GALLIARD.

**La reproduction de l'épithélium de la capsule cristalline antérieure chez les animaux adultes à l'état normal et à l'état pathologique, par F. FALCHI** (*Archiv. ital. de biologie, t. IV, fasc.* 3, *décembre* 1883).

Contrairement à l'opinion de Lebert, l'auteur croit qu'à l'état normal l'épithélium de la capsule cristalline antérieure prolifère, et il regarde cette prolifération comme un moyen physiologique pour le renouvellement des cellules épithéliales de cette partie de la capsule. A l'état pathologique, lorsqu'on blesse par exemple la partie antérieure de la membrane cristalline antérieure en se mettant à l'abri de toutes les causes de septicémie, la prolifération de l'épithélium capsulaire par segmentation est très active au voisinage du siège de la blessure, et l'intensité de cette prolifération diminue à mesure qu'on s'éloigne du point lésé.

C. GIRAUDEAU.

**Ueber die Abhängigkeit des Bindgewebsneubildung in der Arterien intima. u. s. w. (Des rapports qui existent entre le développement du tissu conjonctif dans la membrane interne de l'aorte, et les conditions mécaniques de la circulation. — Première communication. — De l'influence de l'oblitération de l'artère ombilicale et du canal artériel sur la structure de la paroi aortique), par B. THOMA** (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band XCIII, Heft* 3, *p.* 449).

L'auteur a pratiqué des coupes sur l'aorte et les principales artères à la période fœtale, avant l'oblitération du trou de Botal, du canal artériel et de l'artère ombilicale, après la naissance, alors que cette oblitération s'était effectuée et aux différents âges de la vie.

Les résultats de ses recherches peuvent se résumer ainsi.

A la fin de la période fœtale, la membrane interne de l'aorte se trouve constituée par une membrane élastique, divisée quelquefois en plusieurs feuillets. Cette membrane fait seulement défaut dans deux points : dans l'aorte descendante où elle n'apparaît que quelques années après la naissance et dans une portion de l'artère ombilicale. La membrane interne de l'aorte fœtale possède en outre, en dedans de cette tunique élastique, des éléments qui rappellent les fibres lisses de la tunique moyenne. Des éléments semblables se trouvent entremêlés à ses couches successives lorsqu'elle est stratifiée. Ces éléments musculo-élastiques se retrouvent dans la tunique interne des racines des grosses artères du cou ; elles manquent presque totalement dans les autres artères. Il en existe seulement un anneau au niveau de la bifurcation de l'aorte.

Les fibres musculaires lisses et les éléments élastiques augmentent sensiblement en nombre et en volume, après la naissance dans la tunique interne de l'aorte. Le tissu musculo-élastique paraît se développer pri-

mitivement dans la membrane interne de l'aorte. Au contraire, le tissu conjonctif paraît succéder à l'oblitération de l'artère ombilicale et du canal artériel.

Savoir que ce tissu conjonctif se développe seulement après la naissance était chose importante, mais insuffisante. Il fallait de plus étudier ce développement au point de vue de sa topographie.

Cette production nouvelle se trouve limitée à la voie vasculaire qui conduit directement le sang du canal artériel à l'artère ombilicale. Ses relations avec les points où l'aorte donne naissance à des rameaux ou à des embranchements artériels, au niveau de l'iliaque primitive et de l'iliaque interne, démontre sûrement que la cause du développement du tissu conjonctif réside dans le défaut de proportion qui existe entre le diamètre de l'aorte et celui de ses rameaux.

Cette prolifération conjonctive dans la membrane interne de l'aorte se produit donc consécutivement à la suppression de la circulation artérielle du placenta, par suite des modifications qui en résultent dans la pression aortique.

Cette donnée peut être appliquée à la pathologie. C'est à la suite des lésions péricanaliculaires, de l'oblitération des capillaires par la cirrhose rénale que se produit l'augmentation de tension dans les artérioles du rein et l'inflammation de leur membrane interne, l'endartérite. A. MATHIEU.

**Développement de l'arbre broncho-pulmonaire, par A. RENÉ** (*Thèse d'agrégation; Paris*, 1883).

L'arbre broncho-pulmonaire se développe aux dépens d'un bourgeon simple qui part de la paroi antérieure du pharynx. Ce bourgeon est d'abord plein et il ne se creuse qu'ultérieurement. Lorsqu'on examine, en effet, une coupe horizontale passant chez un embryon humain à la fin du 2e mois, au niveau du larynx, on constate (René) qu'au devant du pharynx qui, à cette époque, se montre sous forme d'un organe plein constitué par trois couches concentriques, se trouve la coupe du larynx formée par une masse de cellules embryonnaires. Le larynx est également un organe plein; la lumière du futur canal laryngien est obstruée par des cellules un peu plus transparentes que celles qui sont situées de chaque côté et qui forment la paroi de l'organe ; mais toutes ces cellules, bien que différenciées, sont juxtaposées et se touchent sans aucune solution de continuité. Il ressort de l'examen de cette coupe que le pharynx, le larynx et par conséquent les poumons proviennent de bourgeons primitivement pleins (Morel).

L'endoderme s'arrêtant au cardia (Robin, Cardiat, J. Renaut) l'arbre broncho-pulmonaire est une dépendance de l'ectoderme. ASSAKY.

**De la structure du bord libre de la lèvre aux différents âges, par WERTHEIMER** (*Arch. gén. de méd., avril* 1883).

Contrairement à l'assertion de Klein, l'auteur signale, au niveau de la zone de transition du bord libre de la lèvre, des glandes sébacées libres, en général rudimentaires. Ces glandes ne se montrent qu'à un ou deux millimètres des derniers poils et s'arrêtent toujours exactement au point

où commence la muqueuse. Elles n'existent pas chez le nouveau-né, et sont analogues sous ce rapport aux glandes des petites lèvres et du mamelon qui, également indépendantes des follicules pileux, font encore défaut à la naissance, même à l'état de germes. Les glandes que l'auteur n'a trouvées que chez l'adulte manquent sur la lèvre inférieure dans les deux tiers des cas.

L'union de la zone de transition et de la muqueuse est marquée chez le nouveau-né par un état villeux (pars villosa de Luschka) dû à l'épaisseur de l'épithélium et à la saillie des papilles. Avec l'âge l'épithélium se tasse et la longueur démesurée des papilles diminue. Mais à partir de 45 à 50 ans, chez certains sujets seulement, l'aspect redevient différent. L'épithélium s'épaissit au niveau des deux ou trois premières rangées de papilles. En même temps les dépressions interpapillaires s'élargissent. Chez un sujet de 50 ans, il ne s'agissait plus d'un simple renflement épithélial, mais de véritables globes épidermiques de près d'un millimètre de diamètre, les uns encore en continuité avec l'épithélium, les autres enfoncés dans le chorion, complètement libres. Chez deux autres sujets, le renflement épithélial avait l'aspect d'une masse cellulaire, empiétant sur le derme, présentant du côté de l'épiderme une sorte de pédicule. Cette involution épithéliale en profondeur rappelle ce qui se passe chez l'adulte du côté de la zone de transition. Les glandes sébacées de cette région, et les globes épidermiques de la muqueuse adjacente sont le résultat d'une sorte de bourgeonnement de la couche de Malpighi; mais ces derniers ne subissent pas la transformation graisseuse, en vertu de cette loi générale qui veut que les glandes sébacées s'arrêtent partout à la limite du tégument externe. On peut se demander si ces épaississements épithéliaux de l'adulte et du vieillard n'ont pas quelque influence sur le développement de l'épithélioma des lèvres. P. MERKLEN.

**Sur l'épithélium fenêtré des follicules clos de l'intestin du lapin, et de ses stomates temporaires, par J. RENAUT** (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 30 *juillet* 1883).

Sur la muqueuse de l'appendice iléo-cæcal du lapin, on constate, en certaines régions, la présence de nombreux globules blancs entre les cellules épithéliales; non seulement ces cellules sont alors sillonnées d'empreintes, mais leur protoplasma est découpé et perforé par le passage des cellules migratrices, au point que ces cellules méritent le nom de *cellules épithéliales fenêtrées;* mais ce n'est pas tout : grâce à de délicates imprégnations au nitrate d'argent, on constate que la mince cuticule formée par les plateaux des cellules n'a pas été elle-même respectée, car cette cuticule présente d'innombrables trous clairs et arrondis, indiquant que les cellules lymphatiques migratrices passent aussi bien de l'épithélium dans l'intestin que du tissu réticulé dans l'épithélium, et qu'elles ouvrent par leur passage de véritables stomates. « Le problème si discuté des bouches absorbantes est ainsi ramené à une solution conforme à ce qu'on sait à la fois de la constitution des épithéliums et des propriétés des cellules migratrices. Ces cellules travaillent sans cesse à produire, dans les régions en question, des sortes de pommes d'arrosoir dont les trous sont ouverts pour un certain temps, et que l'im-

prégnation surprend dans cet état, mais qui se peuvent ensuite effacer plus ou moins rapidement, par suite du retrait de la ligne cuticulaire perforée sur elle-même, comme le ferait une lame de gélatine qu'on aurait percée à coup d'aiguille ou de poinçon. » M. DUVAL.

**Structure et texture de la rate chez l' « anguilla communis », par C. PHISALIX,** (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 16 *juillet* 1883).

La disposition particulière du réticulum de la rate chez l'anguille permet d'observer mieux que chez les autres animaux la texture de cet organe. Les artérioles se terminent en s'ouvrant dans le réticulum, après avoir présenté les modifications suivantes dans la composition de leurs parois : la couche conjonctive disparaît peu à peu, se confondant avec le réticulum splénique ; des deux couches musculaires, l'interne longitudinale persiste seule sur les rameaux terminaux, lesquels, larges de 3 à 4 millièmes de millimètre, s'ouvrent en s'évasant légèrement, par continuation directe de leur paroi musculaire avec les fibres du réticulum, sur lesquelles elle finissent en mourant. Les veines naissent de même et se présentent comme une continuation directe du réticulum qui se canalise par retrécissement, diminution, puis disparition des orifices faisant communiquer les mailles. Quant à la pulpe de la rate, elle est essentiellement constituée par des lamelles conjonctives de dimensions variables, très minces, hyalines, s'anastomosant les unes avec les autres au moyen de trabécules déliées. M. DUVAL.

**Sur l'épithélium sécréteur du rein des batraciens, par J. BOUILLOT** (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 22 *octobre* 1883).

Les cellules du tube urinifère des batraciens se comportent comme des cellules glandulaires vraies ; on les voit passer insensiblement de la forme aplatie à la forme cubique, puis à la forme conique ; finalement elles éclatent et laissent échapper leur contenu, c'est-à-dire que la cellule évolue entre en activité, puis disparait. Cette évolution active se manifeste à l'état normal sur un nombre limité de cellules ; elle se généralise sous l'influence du chlorhydrate de pilocarpine. La régénération de l'épithélium est assurée par les noyaux du pied. Du reste la plus grande analogie existe entre la partie sécrétante du tube urinifère et la glande à venin des batraciens. M. DUVAL.

**Das Ligamentum vesicæ medium und dessen Epithelschlauch (Le ligament médian de la vessie et l'épithélium du canal de l'ouraque), par J.-B. WUTZ** (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Bd. XCII*, *Heft* 3, *B.* 387).

L'épithélium qui représente dans le ligament médian de la vessie les traces du canal de l'ouraque est, dans la plupart des cas, différent de celui de la vessie dans ses parties inférieures.

A l'entrée de l'ouraque se trouve le plus souvent un petit repli qui en rend le cathétérisme difficile et empêche pendant la vie la pénétration de l'urine. A la partie supérieure, le diamètre du canal diminue.

Toujours on trouve des éléments musculaires au-dessus du revêtement épithélial.

Le ligament ne devient guère un cordon fibreux que vers la moitié du trajet de l'ombilic à la vessie chez les enfants, vers le tiers de ce trajet chez les adultes.

Pendant la vie intra-utérine, l'épithélium et la musculature présentent une véritable croissance.

Des kystes peuvent se développer aux dépens de ce canal. Ils siègent vers son tiers ou son quart inférieur. Ils sont le plus souvent revêtus sur leur face interne par une couche stratifiée d'épithélium pavimenteux. Tous présententent une tunique musculaire plus ou moins développée. Ces petits kystes sont quelquefois microscopiques; quelquefois ils atteignent le volume d'un haricot. Ils renferment un corps stratifié qui ne présente pas la réaction de la substance amyloïde en présence de la teinture d'iode. On y rencontre aussi parfois de petites concrétions. Une de ces concrétions étudiée par Wutz était composée de carbonate de chaux et d'une substance organique.

Ces kystes peuvent s'enflammer. Peuvent-ils prendre un développement tel que leur présence soit d'une importance pratique ? La chose est possible, bien qu'elle ne soit pas démontrée pour l'homme. A. MATHIEU.

**Contribution à l'étude des enveloppes du testicule, par Théodore-Ch. BARROIS** (*Thèse de Lille*, 1882).

L'auteur a étudié la structure histologique des enveloppes du testicule sur une série de coupes faites perpendiculairement au grand axe de la glande. C'est sur les parois antéro-latérales des bourses, au niveau moyen du testicule, que les diverses membranes sont nettement délimitées les unes des autres et s'y montrent chacune avec leur aspect caractéristique. Barrois range ces membranes en deux groupes : la *lame externe* comprenant la peau, le dartos et la tunique celluleuse, et la *lame interne* comprenant le crémaster externe, la tunique fibreuse et la vaginale.

La couche musculaire lisse de la lame externe est composée de deux plans bien distincts de fibres : les muscles du derme, formant un véritable peaucier, et le dartos proprement dit, qui constitue une enveloppe propre au testicule. Le dartos seul se réfléchit dans la cloison, tandis que les fibres du derme passent presque intégralement d'un côté à l'autre du raphé.

La tunique fibreuse est une membrane dense, assez épaisse, contenant en général une couche vasculaire ainsi qu'une lame élastique dans ses parties externes, et une couche musculaire lisse (crémaster moyen) dans ses parties internes. Dans presque toute son étendue, la vaginale renferme aussi une couche musculaire lisse (crémaster interne).

A la partie inférieure du testicule, ces deux couches se confondent, et ne forment plus qu'une seule masse musculaire compacte, comprise entre la séreuse d'une part, et la tunique fibreuse de l'autre. Quelques-unes de ces fibres se réfléchissent dans l'albuginée, à son point d'adhérence avec la tunique fibreuse, mais ne pénètrent jamais dans le corps d'Highmore. Toute cette couche musculaire représente le véritable *gubernaculum testis*, dont les fibres deviennent de plus en plus nombreuses avec l'âge, et contribuent vraisemblablement à l'excrétion du sperme.

Chez les embryons de porc et de mouton, l'auteur n'a jamais pu constater la présence de fibres striées sur le *gubernaculum testis*, dans sa portion intra-abdominale. Le faisceau qui doit donner naissance au crémaster externe ne remonte jamais dans l'abdomen pour s'insérer en arrière du testicule et de l'épididyme. F. HENNEGUY.

**Contribution à l'étude de l'anatomie du nègre, par C. GIACOMINI** (*Arch. ital. de biologie, p.* 331, *juillet* 1883).

Les recherches de l'auteur ont surtout porté sur l'existence du cartilage du repli semi-lunaire. Il a examiné à cet égard dix cadavres de nègres abyssiniens et chez presque tous il en a constaté l'existence. A ce cartilage, qui parfois est microscopique, viennent aboutir deux petits faisceaux émanés du muscle droit interne et qui ont pour fonction d'enfoncer davantage en arrière l'angle interne de la fente palpébrale. Ce cartilage est plongé au milieu d'une atmosphère de tissu cellulo-adipeux, et dans son voisinage on rencontre une petite glande en grappe. L'auteur a aussi étudié à ce point de vue bon nombre d'orangs, et chez tous il a retrouvé le cartilage que nous venons de décrire dans l'épaisseur du repli semi-lunaire. Chez le blanc, au contraire, il existerait tout à fait exceptionnellement. De là un rapprochement établi par M. Giaconini entre l'anatomie des singes supérieurs et celle des races nègres.

Par l'examen des ovaires de plusieurs négresses non pubères il a pu s'assurer que le travail de l'ovulation avait déjà commencé dans leur intérieur alors que l'extérieur était encore à l'état infantile. Ce dernier fait vient confirmer les recherches de Bischoff, Slaviansky, Haussman et de Sinety. C. GIRAUDEAU.

**De la décalcification du rocher, par STEINBRÜGGE** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 22, *p.* 754, 15 *novembre* 1882).

Pour décalcifier le rocher, Steinbrügge a eu successivement recours : 1° à la méthode de Kuhn et Waldeyer (mélange d'acides chromique et nitrique) ; 2° à l'acide nitrique ayant 1,02 comme densité ; 3° et 4° aux acides chlorhydrique ou azotique additionnés de parties égales d'alcool.

Aucune de ces méthodes ne lui a donné un résultat pleinement satisfaisant, car il reste toujours un noyau osseux non ramolli dans les parties postérieures de la capsule labyrinthique, ce qui rend les coupes impossibles, ou bien les préparations sont détruites par les acides trop énergiques.

Les résultats relatifs les meilleurs ont été fournis par la méthode de Kuhn et Waldeyer, suivie de l'emploi d'alcool à 95° additionné de 10 0/0 d'acide nitrique officinal.

Steinbrügge a obtenu ainsi quelques préparations qui permettent avec le rasoir une coupe nette à travers toute l'épaisseur de l'os dont les parties molles sont parfaitement conservées.

Mais même cette méthode spéciale a un inconvénient : il est impossible de reconnaître le moment où la décalcification est complète, sans recourir à des ponctions exploratrices avec des aiguilles, peuvent fournir des indications erronées.

A la réunion des auristes allemands et suisses à Bâle, l'auteur a montré entre autres :

1° Une coupe menée perpendiculairement à travers l'axe longitudinal de la pyramide et le milieu de la plaque de l'étrier. Cette coupe permet de voir le grand espace lymphatique situé en avant de l'utricule et la division de l'aqueduc du vestibule en deux branches ;

2° Une coupe parallèle à l'axe du rocher, faisant voir le saccule et l'utricule ;

3° Une préparation démontrant la situation presque horizontale de la fenêtre ronde ;

4° Une préparation sur laquelle la crête de l'ampoule du canal semicirculaire horizontal, coupée verticalement, apparaît comme une saillie papilliforme. J. B.

**Nouvelle méthode de décoloration du pigment de l'œil des arthropodes, par C.-E. DELLA TORRE** (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 18 *juin* 1883).

Pour décolorer les cellules pigmentaires, l'emploi des acides ne donne pas de bons résultats, car les pièces sont fortement altérées et ne peuvent plus servir à faire de bonnes coupes. On obtient au contraire d'excellentes préparations en faisant agir du chlore sur la pièce préalablement fixée. Ce même procédé peut servir pour décolorer les pièces trop fortement noircies par l'action de l'acide osmique. M. DUVAL.

# PHYSIOLOGIE.

**Mechanische Erregung der motorischen Centren der Hirnrinde (De l'excitation mécanique des centres moteurs de l'écorce cérébrale), par L. LUCIANI** (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, *n°* 50, 1883).

Luciani a constaté que la région de l'écorce correspondant au « sulcus cruciatus » est excitable par les agents mécaniques, mais seulement dans les conditions suivantes. Il faut que l'animal soit fort, adulte, n'ait pas perdu trop de sang dans les opérations préalables, que le sommeil chloroformique ait à peu près disparu et que le sommeil morphinique soit peu profond. Enfin, avant d'examiner l'excitabilité mécanique de l'écorce, il faut s'assurer de son excitabilité électrique.

Pour exciter la région en question, il suffit de sectionner l'arachnoïde et le pont qui unit les deux bouts du sillon pour porter directement un râcloir sur la substance grise. Dès qu'on la râcle légèrement, il se produit des mouvements dans les pattes du côté opposé, la patte postérieure quand on touche la région interne et profonde, la patte antérieure quand on opère sur la moitié externe et superficielle.

Ces effets sont comparables à ceux que détermine l'excitation électrique ; mais l'excitatilité par agents mécaniques diminue très rapidement et disparait après une seule excitation, tandis que l'excitabilité électrique

ne s'épuise pas. Il faut en conclure que c'est en détruisant le tissu nerveux que les influences mécaniques excitent la substance grise de cette région.

Enfin comment expliquer que la zone corticale située dans le sillon soit excitable tandis que celle qui se trouve à la surface de la circonvolution ne l'est pas? Est-ce parce que les parties profondes, plus abritées, ont mieux conservé leur excitabilité? L. D.-B.

**Untersuchungen über die Frage ob die Geschwindigkeit der Fortpflanzung der Nervenerregung von der Reizstärke abhängig ist (Influence de l'intensité de l'excitant sur la vitesse de propagation de l'excitation motrice nerveuse), par VINTSCHGAU** (*Archiv. für die gesammte Physiologie, Band XXX, p.* 17).

Von Vintschgau utilise le myographe qu'il a décrit précédemment avec Dietl, pour résoudre la question de l'influence de l'intensité de l'excitant sur la vitesse de propagation de l'excitation motrice dans les nerfs. Von Vintschgau excite successivement le nerf sciatique de la grenouille en deux points inégalement éloignés du muscle et inscrit les secousses du gastrocnémien correspondant. Le retard de l'un des myogrammes sur l'autre exprimé en fraction de seconde sert à calculer la vitesse de propagation de l'excitation motrice, une fois que l'on connaît la distance qui sépare les deux points excités du nerf. M. von Vintschgau a constaté que si l'on emp oie des chocs d'induction suffisants pour provoquer des secousses *maximales*, on peut aug nenter la force de l'excitant jusqu'à une certaine limite sans que la vitesse de propagation de l'excitation en soit influencée. Dès que les chocs d'induction dépassent une certaine valeur, on voit croître la vitesse de propagation en même temps que l'intensité de l'excitant. La vitesse peut devenir si grande qu'on ne peut plus la mesurer avec le myographe ordinaire. Il faut toujours employer des chocs d'induction dirigés dans le même sens, de préférence à direction descendante. La période latente est plus courte dans ce cas qu'avec des courants ascendants.

Von Vintschgau confirme le fait déjà signalé, que l'excitation naît au pôle négatif (cathode) lorsqu'elle est produite par un choc d'induction, quelle que soit sa direction. Le pôle positif oppose un certain obstacle à la propagation de l'excitation. L. F.

**Untersuchungen zur Lehre von derelectrischen Muskel und Nervenreizung. I. Ueber den Einfluss der absoluten Stromdichte auf die erregende Wirkung von Stromesschwankungen. (Recherches sur l'excitation électrique des nerfs et des muscles. I. Influence de la force absolue du courant sur l'action excitante des variations d'intensité du courant), par L. HERMANN, Jacob ISELIN et Théodore WAITMANN** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXX, p.* 1).

Le résultat principal de ces recherches est formulé par Hermann de la façon suivante : Si l'on fait passer un choc d'induction à travers un muscle ou un nerf soumis déjà à l'action d'un courant constant, l'action excitante du choc d'induction est augmentée lorsque la direction est la même que celle du courant constant ; elle est diminuée lorsque sa direction est

inverse de celle du courant constant. L'action est déjà manifeste avec un courant constant trop faible pour produire des secousses de fermeture. Elle se fait encore sentir avec des courants forts (1 Daniell, pour les nerfs et jusqu'à 2 Grove, pour les muscles).

Mais les courants constants les plus forts (1 Grove pour les nerfs, plus de 2 Grove pour les muscles) n'ont plus la même action. Ils diminuent ou suppriment l'action excitante des chocs d'induction quelle que soit la direction de ceux-ci. Pour le cas d'un courant constant de même direction que le choc d'induction, l'action excitante du choc d'induction se trouve donc exagérée tant qu'on ne dépasse pas une certaine limite d'intensité du courant. Au delà de cette limite, l'action excitante du choc d'induction est diminuée, puis supprimée. Cette limite d'intensité du courant constant est d'ordinaire la même que ce courant constant soit ascendant ou descendant. Nous renvoyons à l'original pour le détail des expériences et pour la discussion des résultats. L. FREDERICQ.

**Contribution à l'étude des phénomènes physiques du muscle, par J.-A. BERGONIÉ** (*Thèse de Bordeaux*, 1883).

C'est surtout de l'étude de l'élasticité musculaire que l'auteur s'est occupé. Après une analyse succincte des travaux importants sur le même sujet, il définit avec soin la valeur des termes à employer dans ce genre d'étude et tend à la ramener exactement à celle qu'ils ont en physique. Se basant ensuite sur la constitution de l'élément musculaire d'après M. le professeur Ranvier, il fait la critique des méthodes et des procédés expérimentaux mis en œuvre pour mesurer les allongements musculaires sous des charges connues ; il est ainsi conduit à créer un appareil donnant, pour un corps élastique quelconque et par une simple inscription sur le cylindre enfumé, à la fois l'allongement cherché et le poids qui le produit. Ces considérations d'ordre purement physique font l'objet de la première partie du travail.

Dans la seconde, la plus importante par les résultats nouveaux qu'elle a fournis, l'auteur cherche la part que l'on doit attribuer à la propriété élastique du muscle dans les phénomènes de la secousse et du tétanos musculaires. Cette part est considérable. L'auteur base son affirmation sur les faits suivants, démontrés par de nombreux graphiques : 1° Toute substance élastique *excitée*, c'est-à-dire soumise à une traction brusque d'après le procédé original de l'auteur, ne revient sur elle-même, n'entre en *contraction* qu'après un *temps perdu* employé à acquérir une certaine force élastique plus que suffisante pour élever le poids tenseur ; 2° ce temps perdu a la même durée que celui du muscle lorsque la courbe des allongements de la substance considérée est la même que celle fournie par le muscle ; 3° les causes qui font varier le temps perdu du muscle font aussi varier le temps perdu des substances élastiques dans le même sens et dans des limites comparables ; 4° enfin, si après avoir inscrit le temps perdu physiologique d'un muscle on lui fait subir des *excitations* mécaniques, en le considérant comme un simple corps élastique, on retrouve le même temps perdu.

Des conclusions analogues sont posées par l'auteur dans sa théorie du tétanos musculaire. Là encore, le rôle de l'élasticité musculaire est prépondé-

rant ; c'est à cette propriété qu'est due la fusion des secousses. La démonstration expérimentale de ce fait est mise en évidence au moyen d'un appareil spécial permettant de faire subir à une substance élastique des tractions ou *excitations* rythmiques, de fréquence variable, et d'inscrire à la fois leur nombre, leur durée et les réactions de la substance élastique. Des graphiques ainsi obtenus il résulte : 1° qu'on peut tétaniser par des tractions mécaniques suffisamment fréquentes une substance élastique ; 2° que le nombre d'excitations mécaniques par seconde nécessaire pour engendrer le tétanos complet sur une substance élastique est le même que celui des excitations employées en physiologie pour obtenir le tétanos complet du muscle, lorsque la substance élastique considérée est dans des conditions d'élasticité se rapprochant de celle du muscle ; 3° que les causes qui font varier le nombre minimum d'excitations physiologiques nécessaires pour obtenir le tétanos complet du muscle, font aussi varier le nombre minimum d'excitations mécaniques nécessaires pour *tétaniser* complètement les substances élastiques ; enfin que, si après avoir tétanisé physiologiquement un muscle et compté le nombre minimum d'excitations nécessaires, on soumet ce même muscle à des excitations mécaniques, l'on retrouve très approximativement ce même nombre lorsque le tétanos mécanique est complet. L'auteur tire de ces faits une théorie physique du tétanos. A. PITRES.

**Hyperexcitabilité musculaire en dehors de l'état hypnotique, par Ch. RICHET** (*C. r. de la Soc. de biol.*, 14 *janvier* 1883).

M. Ch. Richet fait d'abord remarquer qu'à la première période du somnambulisme et pendant une demi-heure après le réveil, il a constaté l'exagération de la tonicité musculaire. En second lieu, chez une femme d'un certain âge, nullement hystérique ni hypnotisable, l'irritation mécanique toute locale de certains muscles, les contractions musculaires un peu énergiques étaient suivies de contractures disparaissant sous l'influence du souffle, mais capables de devenir excessives si l'expérience était répétée plusieurs fois. Il a vu aussi que la main, secouée légèrement de droite à gauche ou de gauche à droite, continuait et exagérait le mouvement malgré la volonté : après plusieurs expériences, c'était une sorte de trépidation épileptoïde. Il s'agit là d'une excitation automatique de la moelle avec impuissance modératrice de l'encéphale. MARCUS.

**Sur le temps perdu de la contraction d'ouverture, par Aug. WALLER** (*Arch. de Physiol.*, 1882).

Il résulte des recherches de l'auteur que le temps perdu de la contraction des muscles de l'avant-bras excités par l'intermédiaire du nerf médian est de presque 4 centièmes de seconde plus long pour l'excitation de fermeture que pour celle d'ouverture du courant galvanique, et que l'état anélectrotonique peut persister 5 centièmes de seconde après l'ouverture du courant galvanique qui l'a déterminé. V. HANOT.

**Recherches sur la courbe de secousse musculaire des différentes maladies du système neuro-musculaire; note par Maurice MENDELSSOHN** (*Compt rend. Acad. des sciences*, 9 *juillet et* 6 *août* 1883).

Ces recherches, faites avec les procédés myographiques de Marey, dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, ont montré que les altérations nutritives et fonctionnelles d'un muscle malade ne se traduisent pas autant par les modifications de la durée et de l'amplitude de la courbe de secousse, que par les changements de la forme de la secousse. Ainsi, dans l'hémiplégie de cause cérébrale, bien avant que la contracture tardive soit évidente, on peut constater des modifications de la courbe musculaire se traduisant par une augmentation de son amplitude et la brusquerie de son ascension, tandis que sa descente, brusque au début, tend de plus en plus à s'allonger et ne revient à l'abscisse qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Cette courbe révèle donc l'imminence d'une contracture future qui en ce moment échappe encore à l'observation clinique.

Dans la sclérose en plaques, le caractère de la secousse dépend entièrement de la localisation des plaques scléreuses et sert ainsi de moyen diagnostic pour la distribution de la propagation du processus morbide dans les centres nerveux. La chorée donne une secousse brève, tandis que la paralysie agitante donne une secousse prolongée, lente. M. DUVAL.

**De la mesure des forces dans les différents actes de la locomotion, par MAREY** (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 8 *et* 15 *octobre* 1883).

Après avoir, par la photographie instantanée, analysé, dans les actes de la locomotion, ce qui se rapporte à la cinématique, il fallait encore rechercher les variations d'intensité, de direction et de durée de la force d'impulsion imprimée au corps. L'appareil explorateur nécessaire à cette étude est un dynamomètre inscripteur, qui se réduit schématiquement à une poche de caoutchouc pleine d'air et susceptible de céder aux pressions qu'elle supporte; cet appareil a été construit de manière que sa poche (formée d'un tube de caoutchouc roulé en spirale aplatie) représente un disque aplati, dit *tablette dynamométrique*, qu'on place sur le sol en le recouvrant d'un disque de bois. On obtient ainsi facilement le tracé des composantes verticales de l'impulsion, et une ingénieuse disposition, permettant à cette tablette de marcher en avant ou en arrière, donne en même temps les composantes horizontales. On constate, avec cet appareil, que tout acte musculaire qui a pour effet d'élever le centre de gravité de notre corps produit un accroissement de pression positive sur le dynamomètre et qu'inversement tout acte musculaire d'abaissement du centre de gravité diminue la pression des pieds sur le sol. Ce dernier effet est suivi d'une variation en sens inverse due à la diminution de la vitesse acquise dans le mouvement d'abaissement.

En combinant les indications du dynamomètre avec celles de la photographie instantanée, ou arrive à comparer sans cesse les forces qui agissent et les mouvements qui en résultent, et on jette ainsi une vive lumière sur le mécanisme de la locomotion. On voit par exemple que l'action impulsive produite par la contraction volontaire des muscles de nos

jambes est renforcée lorsque, par une flexion brusque préalable, nous avons mis ces muscles dans un état violent de tension. La réaction élastique de nos muscles semble alors s'ajouter aux effets de leur contraction volontaire. Ainsi lorsque nous nous tenons accroupis sur le dynamomètre, et que, partant de cette attitude, nous sautons à terre par la seule contraction de nos muscles extenseurs des jambes, nous ne pouvons sauter qu'à une faible distance; alors le tracé dynamométrique montre qu'après une réaction positive assez faible, l'instrument retombe à zéro, quand notre corps quitte la tablette du dynamomètre. Si, au contraire, partant de l'attitude verticale, nous nous accroupissons brusquement pour nous élancer ensuite en étendant nos jambes, d'une part nous sautons beaucoup plus haut, comme le montrent les images photographiques, et d'autre part le dynamomètre accuse une réaction positive beaucoup plus forte, et par conséquent une impulsion plus vigoureuse donnée à notre corps. La courbe obtenue dans ce second cas montre en effet, après la réaction négative due à la flexion des jambes, une réaction positive coïncidant avec la détente élastique des muscles extenseurs, et qui s'ajoute aux effets de la contraction volontaire (qui existait seule dans le cas précédent). On comprend ainsi ce fait de notion vulgaire, à savoir que quand on exécute deux sauts successifs, le second saut est sensiblement plus haut que le premier; c'est qu'aux effets de la contraction de nos muscles, sensiblement égale dans les deux cas, s'ajoute, dans le second saut, l'effet de la tension élastique des muscles extenseurs sur lesquels nous rebondissons comme sur une sorte de tremplin. M. DUVAL.

**Ueber die Veränderungen der Intercostalräume bei der Respiration, als Beitrag zur Lehre von der Function der Intercostalmuskeln (Sur les changements respiratoires des espaces instercostaux. Contribution à l'étude des fonctions des muscles intercostaux), par S.-M. LUKJANOW** (*Arch. für die gesammte Physiologie, Band XXX, p.* 82).

Lukjanow mesure les variations du diamètre transversal des différents espaces intercostaux (distance entre deux côtes voisines) en s'aidant de petites plaques métalliques clouées dans les côtes et servant de repères; chacune de ces plaques a une longueur représentant environ la moitié du diamètre de l'espace intercostal. Les deux côtes limitant l'espace intercostal dont on étudie les variations portent chacune une de ces plaques. Les plaques sont fixées dans les côtes par une de leurs extrémités, de manière à ce que les deux autres extrémités libres se regardent vers le milieu de l'espace intercostal. Il suffit de surveiller attentivement le point de contact des bords libres des deux plaques pour constater l'écartement ou le rapprochement des côtes. Lukjanow a constaté de cette façon que les espaces intercostaux se divisent en trois groupes au point de vue des changements qu'ils présentent pendant la respiration. A l'inspiration, les trois premiers espaces intercostaux se rétrécissent, les quatre suivants subissent des changements peu marqués et peu constants; enfin, les quatre derniers (chez le chien et le chat, les trois derniers chez le lapin qui n'a pas de 11e espace intercostal) s'élargissent. A l'expiration les changements sont inverses. Il s'agit ici de la respiration naturelle de l'animal; mais les résultats sont les mêmes si l'on fait les observations pendant la respiration artificielle.

Lukjanow se demande si les muscles intercostaux interviennent dans la production de ces mouvements des côtes, et il considère cette opinion comme peu probable. Il admet avec Henle et Brücke que les muscles intercostaux ne jouent aucun rôle actif dans la dilatation respiratoire du thorax et servent seulement à donner aux espaces intercostaux le degré de résistance voulue. Il a constaté que l'excitation électrique directe des muscles intercostaux tant internes qu'externes a pour effet de rapprocher les côtes voisines, de rétrécir les espaces intercostaux. L. F.

**Ueber die Wärmeproduction und Arbeitsleistung des Menschen (Sur la production de chaleur et de travail chez l'homme), par DANILEWSKI** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXX, p.* 175).

Danilewski calcule le bilan de l'organisme en recettes de forces de tension (énergie chimique emmagasinée dans les aliments), et en dépenses d'énergie calorifique et de travail mécanique. Il rectifie les résultats obtenus antérieurement, en introduisant dans les calculs les valeurs représentant le calorique de combustion de l'albumine, de la graisse, de la fécule, etc., telles que les ont fournies les recherches les plus récentes, et notamment les siennes. Il y a égalité complète entre les recettes et les dépenses conformément à la loi de la conservation de l'énergie. Nous renvoyons à l'original pour le détail des calculs et pour les résultats numériques intéressants auxquels ils conduisent. L. F.

**Sur la régulation de la température chez les animaux à sang chaud, par L. FREDERICQ** (*Archives de biologie, III, fasc.* 4).

Dans cet important mémoire, l'auteur, après avoir établi les causes qui tendent à faire varier la température des animaux à sang chaud, étudie, dans différents chapitres, les moyens employés par l'organisme pour combattre l'action du froid extérieur, ou pour lutter contre une élévation de température. Fredericq s'appuie, pour son travail, sur les expériences de ses prédécesseurs et sur les siennes propres : nous ne nous occuperons ici que de ces dernières.

Dans ses expériences sur l'influence du froid sur la température, l'auteur a eu recours à la méthode indirecte, qui consiste à mesurer la quantité de chaleur produite, d'après l'intensité des phénomènes chimiques de combustion interstitielle. Il a réalisé un appareil respiratoire applicable à l'homme et construit sur la principe de celui de Regnault et Reiset. Le sujet respire au moyen d'une embouchure dans une atmosphère confinée, riche en oxygène, dont on enlève l'acide carbonique à mesure qu'il se produit. On mesure la quantité d'oxygène absorbée à la fin d'une expérience de 15 minutes.

La courbe diurne de la quantité d'oxygène consommée par l'homme montre que les repas exercent une influence considérable. L'absorption moyenne d'oxygène étant de 4 litres 1/2 en 15 minutes, on trouve après le déjeuner une augmentation de 33 0/0 ; après le dîner, une augmentation de plus de 45 0/0. Chez l'individu qui reste à jeun l'intensité de la consommation d'oxygène va en diminuant.

En répétant les mêmes expériences sur l'homme complètement nu, Fredericq a constaté que l'influence du froid sur la consommation d'oxy-

gène est en rapport avec l'intensité de la sensation subjective de froid. Pendant le travail de la digestion, le froid augmente à peine la quantité d'oxygène consommée. A jeun, l'influence du froid est très marquée. Des expériences faites sur le lapin ont donné des résultats identiques.

Un abaissement de température extérieure augmente donc l'intensité des phénomènes chimiques de la respiration chez les animaux à sang chaud, tandis qu'elle les diminue chez les animaux à sang froid. Les organes des animaux à sang chaud, isolés ou soustraits à l'action du système nerveux central se comportant comme ceux des animaux à sang froid, le mécanisme qui contrebalance chez les animaux homéothermes l'activité propre des tissus, réside dans le système nerveux central. Les recherches de l'auteur confirment celles de Pflüger et de Tscheschichin montrant que les principaux centres nerveux qui président aux combustions respiratoires sont situés plus haut que la moelle épinière et plus bas que les hémisphères cérébraux. La moelle allongée contient un centre dont l'excitation augmente les phénomènes chimiques de la thermogenèse.

Le refroidissement de l'intérieur du corps (ingestion de glace, respiration d'un air froid) n'a pas l'action stimulante du froid lorsqu'il agit sur les nerfs sensibles de la peau.

L'auteur discute ensuite, en s'appuyant sur les expériences de ses devanciers et sur quelques recherches personnelles, l'action des nerfs vasomoteurs dans la lutte contre le froid. Celui-ci provoque par voie réflexe une exagération dans la production de chaleur et une diminution dans les pertes de chaleur ; il agit aussi directement sur la peau pour resserrer les vaisseaux et diminuer ainsi les pertes de chaleur. L'action du froid sur les organes internes est nuisible à la régulation de la température.

Le mécanisme réflexe qui provoque l'exagération des phénomènes de calorification sous l'influence de l'impression extérieure du froid se repose, dès qu'il n'y a plus sensation subjective de froid : ce qui arrive chez l'homme habillé, lorsque la température extérieure est comprise entre +14° et +20° environ. Si l'on élève alors la température extérieure, l'expérience prouve, contrairement à l'opinion généralement admise, que la consommation d'oxygène, loin de baisser, augmente notablement. Il n'y a donc pas lutte de l'organisme contre le chaud, par diminution dans la production de chaleur.

Quelle que soit la cause qui tend à réchauffer l'organisme, qu'elle soit interne ou externe, l'effet produit est le même ; dans tous les cas il y a élévation de la température interne. Cet échauffement interne met en jeu l'activité automatique des centres nerveux sudorifiques, vaso-dilatateurs et respiratoires, d'où évaporation plus grande aux surfaces cutanée et pulmonaire et rayonnement cutané exagéré.

L'organisme des animaux homéothermes lutte donc contre le froid et le chaud par des mécanismes différents ; il lutte contre le froid en augmentant la production de chaleur et en diminuant la perte de chaleur ; contre le chaud en augmentant les pertes de chaleur, de manière à contrebalancer l'élévation de température interne et externe. F. HENNEGUY.

**Ueber das Verhalten des Säugethierherzens, wenn Luft in dasselbe geblasen wird (Influence des insufflations d'air sur les pulsations du cœur chez les**

**mammifères), par J.-R. EWALD et R. KOBERT** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXI, p.* 187).

Le cœur d'un chien ou d'un lapin, extrait du corps, peut continuer à battre pendant plus de deux heures, si on y insuffle de l'air sous une certaine pression. Dans ce cas les pulsations se ralentissent considérablement, de sorte que l'on observe facilement la succession des différentes phases de chaque pulsation. On peut observer également l'ordre suivant lequel meurent les différentes parties du cœur : d'abord le ventricule gauche, puis le droit, puis l'oreillette gauche, puis l'oreillette droite, et enfin les origines des grosses veines. Les auricules meurent en même temps ou après les oreillettes.

L'insufflation de l'air agit probablement en grande partie par la pression élevée qui pèse alors sur la face interne du cœur. On peut en effet remplacer ici l'air par un liquide indifférent que l'on soumet à une certaine pression. Les expériences de Goltz, de Schmideberg, etc., avaient déjà prouvé qu'une augmentation de pression sur la face interne du cœur constitue un excitant puissant du cœur. Peut-être l'augmentation de pression provoque-t-elle également un contact plus intime entre les éléments vivants du cœur et les restes de sang contenus dans les vaisseaux du cœur. L. F.

**Expériences sur l'innervation respiratoire, par Léon FREDERICQ** (*Archiv für Anatomie und Physiologie*, 1883, *p.* 51).

L'auteur rappelle les expériences qui avaient amené les physiologistes à admettre deux sortes de centres nerveux, inspiratoires et expiratoires, situés dans le bulbe, capables les uns et les autres d'exciter les nerfs se rendant aux deux catégories de muscles, et de leur transmettre les excitations rythmiques qui naissent en ces centres. Brown-Séquard (1860), P.-V. Rokitansky, Schroff (1874-1875), Langendorff, Nitschmann et Lautenbach, au contraire, ont essayé de prouver que les centres respiratoires de la moelle allongée n'existent pas. L'arrêt respiratoire par section du bulbe serait inhibitoire et temporaire : il y aurait inhibition des différents noyaux médullaires, origines des nerfs, moteurs, respiratoires. En résumé l'une des théories attribue à l'excitation d'un centre inhibitoire ce que l'autre accorde à la paralysie d'un centre moteur. Pour juger la question, Fredericq refroidit le bulbe anémié préalablement par ligature des carotides ; on inscrit la respiration. Le refroidissement ralentit les mouvements respiratoires. Ce ralentissement est attribué à l'action du froid sur le bulbe et non à sa propagation jusqu'aux centres spinaux. Le jet d'éther pulvérisé peut arrêter la respiration pendant deux à cinq minutes : l'action est encore ici attribuée exclusivement au froid. On peut opérer à travers la membrane occipito-atloïdienne ; la section du bulbe a encore pour résultat l'arrêt immédiat de la respiration. Les mêmes résultats peuvent être obtenus sur les oiseaux (poules, canards). Ainsi la paralysie du bulbe arrête la respiration. Il faut admettre dans le bulbe des impulsions respiratoires. Il y aurait des centres d'inspiration et des centres d'expiration, l'action des premiers étant prépondérante dans les conditions normales, mais, pouvant être renversée dans d'autres conditions.

L'auteur examine ensuite les résultats de l'excitation du vague chez les animaux à bulbe refroidi. Hering et Breuer admettent que ce nerf contient deux sortes de fibres centripètes, les unes provoquant l'inspiration réflexe, plus puissantes; les autres provoquant l'expiration (excitables par la distension mécanique du poumon). Rosenthal croit qu'il n'y a de fibres d'expiration que dans le laryngé supérieur. Chez les lapins à bulbe refroidi, en excitant le vague, Fredericq constate un effet d'expiration; les centres inspiratoires seraient plus sensibles au froid que les expiratoires.

Dans une troisième partie, l'auteur étudie les animaux empoisonnés par le chloral. L'excitation du bout central du vague produit alors constamment un effet d'expiration (Wagner, Christiani, Langendorff). Le chloral paralyserait seulement le centre d'inspiration. Burkart a prétendu que l'effet était inspiratoire; Rosenthal, qu'il était nul. — Cette diversité d'opinions tient au degré de l'empoisonnement. Chez l'animal faiblement chloralisé, l'effet est en réalité inspiratoire; un peu plus loin, il est nul; plus tard encore il y a expiration.

Dans un dernier paragraphe, l'auteur examine les réflexes respiratoires ayant pour point de départ une irritation des terminaisons sensibles du trijumeau. En plongeant dans l'eau le bout du museau d'un lapin trachéotomisé, la respiration s'arrête temporairement. Il en est de même chez le canard où l'arrêt persiste jusqu'à 12 minutes. La respiration reprend par une expiration active. D'ailleurs, chez le canard, l'expiration se fait en deux temps : un stade passif, un stade actif, séparé par une pause. C'est cette pause qui devient l'arrêt. DASTRE.

**Ueber die erste Athembewegung der Neugeborenen (Du premier mouvement de respiration chez le nouveau-né), par W. REYER** (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, Band VII, H.* 2).

Les expériences de l'auteur ont porté sur des fœtus de cobayes et de poulets. Après avoir reconnu par la palpation sur une femelle de cobaye la position précise d'une tête de fœtus, il met à nu par une petite incision le museau du fœtus : immédiatement, moins d'une demi-minute après, la respiration commence. On voit les orifices des narines se dilater et se rétrécir : les inspirations succèdent aux expirations sans la moindre dyspnée. La respiration est irrégulière, comme force et comme fréquence. Toute excitation énergique de la partie du fœtus qui est hors du ventre de la mère provoque constamment une inspiration profonde, et lorsque le fœtus est à terme, un cri d'expiration. L'inspiration s'accompagne d'ouverture de la bouche, surtout lorsqu'on a pincé les lèvres ou la peau de la face. Après la disparition de l'excitation cutanée, la respiration continue à se faire par le nez et reste superficielle. Au bout de cinq minutes (minimum) d'une semblable respiration, les poumons surnagent. Le fœtus a donc complètement respiré, et ses poumons se sont complètement développés dans le sein de la mère; et cela malgré la conservation intégrale de la circulation et de la respiration placentaire. En effet, pendant l'expérience, si l'on met à nu rapidement mais avec précaution les vaisseaux ombilicaux, on trouve la veine ombilicale d'un rouge intense; et lorsque la respiration aérienne a duré quelques minutes, le sang des

artères ombilicales est visiblement plus clair. L'auteur a pu sauver plusieurs fois des embryons ainsi traités. Cette respiration de luxe, antérieure à l'accouchement, n'a donc aucun inconvénient. Des expériences analogues faites sur des embryons de poulet du 13e au 19e jour ont donné les mêmes résultats.

On ne peut donc invoquer comme la cause nécessaire du premier mouvement respiratoire ni le besoin d'air ou d'oxygène, ni le refroidissement de la surface du corps. Il est établi d'autre part par des expériences de Béclard renouvelées par l'auteur, que le contact de l'air atmosphérique sur les voies aériennes n'est pas indispensable pour la production des premiers mouvements respiratoires.

L'auteur arrive à cette conclusion que la condition nécessaire pour provoquer l'établissement de la respiration est le fait d'une excitation périphérique. L'excitabilité du centre respiratoire pendant la vie intra-utérine, et avec la respiration placentaire normale, n'est pas suffisante pour répondre aux excitations ordinaires qui peuvent atteindre les nerfs cutanés dans l'utérus. Cependant elle peut augmenter sous l'influence d'une diminution d'oxygène du sang fœtal; et alors certaines excitations peuvent provoquer par voie réflexe des inspirations prématurées; et ces inspirations n'ont souvent aucun inconvénient pour le fœtus. Mais on peut encore provoquer artificiellement une série de mouvements respiratoires irréguliers, une véritable respiration de luxe, et cela uniquement par une forte excitation périphérique, sans que l'excitabilité centrale soit augmentée, sans qu'il y ait diminution de l'oxygène du sang veineux. Et cette respiration de luxe peut se transformer en respiration normale, après la section du cordon ombilical. H. DE BRINON.

**Recherches sur l'innervation respiratoire; modifications des mouvements respiratoires sous l'influence de l'anesthésie, note par LAFFONT** (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 27 *août* 1883).

Des résultats absolument opposés ont été obtenus par divers expérimentateurs relativement aux effets produit sur les mouvements respiratoires par l'excitation des nerfs récurrents ou du bout inférieur du pneumogastrique. Reprenant ces recherches en inscrivant le tracé respiratoire à la fois par le tracé thoracique (pneumographe de Marey), et par le tracé des changements de pression intra-pulmonaire (appareils de P. Bert), Laffont a constaté que les excitations en question ne produisent rien chez les vieux animaux, tandis que sur les jeunes elles provoquent un arrêt immédiat des mouvements respiratoires, dans la phase quelconque où arrive l'excitation. Ces différences tiennent à la disposition de la glotte intercartilagineuse qui est suffisante chez les vieux sujets pour assurer la respiration alors que la glotte musculaire se ferme, tandis que chez les jeunes, il y a occlusion de toute la glotte, et qu'alors, l'animal, ayant conscience de l'imperméabilité de cet orifice, suspend de lui-même la respiration. En effet, en anesthésiant le jeune animal, on voit, lors de l'excitation des recurrents, ce phénomène facile à comprendre, à savoir que le tracé de la pression intra-pulmonaire indique un arrêt instantané (occlusion du larynx), tandis que le tracé du pneumographe n'indique aucune modification, l'animal, qui n'a pas conscience de l'impossibilité où

il est de respirer, continuant à faire des mouvements respiratoires normaux. M. DUVAL.

**Ist die Lunge luftdicht (Le poumon est-il imperméable ?), par J. R. EWALD et R. KOBERT** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXI, p.* 160).

Le tissu pulmonaire n'est pas imperméable à l'air ; il suffit dans la respiration artificielle de faire les insufflations avec quelque force et de les prolonger pendant suffisamment de temps (pression de 35$^{mm}$ Hg chez le chien, prolonger l'expérience pendant deux heures ; plus la pression est forte, moins il faut de temps) pour que l'air filtre à travers le tissu pulmonaire *intact* et pénètre à la fois dans la cavité pleurale (pneumothorax) et dans les vaisseaux pulmonaires. Des vaisseaux pulmonaires il pénètre dans les différentes cavités du cœur, et de là dans tous les vaisseaux du corps.

Il est des circonstances dans la vie, — accès de toux, etc., — où l'air pulmonaire peut présenter une pression bien supérieure à celle indiquée plus haut, et peut sans doute pénétrer dans la plèvre et dans les vaisseaux du cœur (E. et K. ont fait sur différents animaux, au moyen de manomètres à soupape d'une construction spéciale, des déterminations du maximum de pression que l'air puisse atteindre dans les voies respiratoires pendant une expiration forcée). Ainsi s'expliqueraient peut-être quelques cas de pneumothorax ou même de mort subite sans lésions apparentes que l'on trouve signalés çà et là dans la littérature médicale.

E. et K. admettent que chacun de nous pourrait, s'il le voulait, se suicider, en faisant des efforts d'expiration suffisamment énergiques et prolongés pour faire pénétrer dans les vaisseaux du poumon et du cœur une quantité d'air mortelle. L. F.

**I.—Étude expérimentale sur les fonctions du muscle thyor-cricoïdien, par MARTEL** (*Archives de phys., n° 4,* 1883).

**II. — Experimental researches on the tension of the vocal bands (Recherches expérimentales sur la tension des cordes vocales), par F.-H. HOOPER** (*Archiv. of Laryngoscopy, IV, n°* 3).

I. — Si le muscle thyro-aryténoïdien est le tenseur des cordes vocales, le préparateur de la phonation, le thyro-cricoïdien est le muscle phonateur par excellence, qui fait varier la longueur, la largeur et la tension de l'anche membraneuse.

Son action principale consiste à porter le cartilage cricoïde en haut, et il est facile de s'assurer à l'aide d'un appareil enregistreur extrêmement simple que dans l'effort simple les deux cartilages montent ensemble, tandis que dans l'effort pour émettre une note de poitrine, le *do*$^3$, par exemple, on verra le cricoïde seul monter par l'action du thyro-cricoïdien ; dans l'émission des notes successives, le cricoïde s'élève d'autant plus que la note est plus élevée. D'autre part, la section des nerfs laryngés externes, ainsi que l'avait faite Longet, produit une raucité particulière de la voix, qu'on peut, en partie, faire disparaître, si l'on rapproche ces deux cartilages l'un de l'autre. Le thyro-aryténoïdien joue un certain rôle cependant dans la phonation, en ce qu'il est un antagoniste du thyro-

cricoïdien et, d'autre part, parce qu'il est un muscle préparateur de l'anche membraneuse.

La plupart des hystériques aphones le sont par le fait d'une paralysie du thyro-cricoïdien; la position superficielle du muscle rend compte également des aphonies, des enrouements *a frigore* et des guérisons fréquentes par l'application de courants électriques sur le muscle lui même.

W. ŒTTINGER.

II. — Ces recherches ont été exécutées avec la collaboration du professeur Bowditch dans le laboratoire de physiologie de l'*Harvard medical school*, à Boston. L'auteur a d'abord étudié l'action du muscle thyro-cricoïdien. Ses fibres sont décrites comme partant des parties antérieures et latérales du cartilage cricoïde pour se rendre en haut et en dehors au bord inférieur et interne du cartilage thyroïde. Ses nerfs lui viennent de la branche externe du nerf laryngé supérieur. On n'a pas exprimé moins de six opinions sur son rôle. Il inclinerait le cartilage thyroïde en bas et en avant : il relèverait le cartilage cricoïde ; il agirait de ces deux manières simultanément ; il agirait des deux manières suivant que l'une ou l'autre de ses insertions serait fixée ; il maintiendrait fixés l'un à l'autre les deux cartilages tendant à s'écarter : il agrandirait la surface de section de la trachée au niveau du cricoïde. Magendie (1813) et tous ceux qui ont expérimenté sur ce point, ont admis la seconde opinion, c'est-à-dire que le muscle élèverait le cartilage cricoïde de manière à engager son bord supérieur sous le bord inférieur du thyroïde. Les expériences de Hooper justifient l'opinion de Magendie : elles consistaient à fixer un levier léger au centre de chacun des cartilages, chez un chien éthérisé, et à inscrire sur le cylindre enfumé les courbes décrites par l'extrémité de ces leviers. On excite alors le laryngé supérieur et on note les changements survenus dans les courbes. On constate ainsi d'une manière frappante que le thyroïde n'a pas bougé et que le cricoïde a subi un mouvement d'élévation de la partie antérieure. La partie postérieure a basculé et le résultat de ce mouvement a été de tendre les cordes vocales.

En second lieu, l'action du courant d'air expiratoire exerce aussi un effet de tension sur les cordes vocales en déterminant un soulèvement du cartilage cricoïde sur le thyroïde. Hooper a étudié cette influence, en poussant de l'air dans la trachée, le larynx ayant été préalablement fixé par une armature plâtrée : on peut mesurer la tension de l'air ainsi poussé et enregistrer les mouvements relatifs des cartilages. On voit que le cricoïde s'élève plus que le thyroïde. Puis on répète l'expérience après section successive des muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien. Pour les hautes pressions, le cartilage cricoïde est plus soulevé que le thyroïde. Après section des muscles, le mouvement des deux cartilages est plus facile. En résumé, il est évident que l'air qui s'échappe des poumons produit une élévation du cartilage cricoïde qui s'ajoute au mouvement général d'élévation du larynx, et cette élévation est d'autant plus considérable que la poussée de l'air est plus grande. Le mouvement d'élévation du cricoïde n'est pas nécessairement associé à une augmentation de capacité du larynx ? Les conclusions générales de ce travail sont que :

1° Le cartilage cricoïde est la partie la plus mobile du tractus laryngo-trachéal ;

2° Le muscle thyro-cricoïdien peut être considéré comme un muscle partant du cartilage thyroïde et moteur du cricoïde;

3° Le courant d'air expiratoire est un facteur important et direct de la tension des cordes vocales. DASTRE.

**Contribution à l'étude des sueurs locales, par H. BEAUDÈRE** (*Thèse de Paris*, 1883).

Les conclusions de cette étude se résument ainsi :

Dans les lésions du grand sympathique, tantôt la sécrétion sudorale est exagérée, tantôt, au contraire, elle est atténuée ou même entièrement supprimée. Les névroses peuvent s'accompagner de sueurs locales qui en constituent quelquefois l'unique symptôme. Il peut y avoir des sueurs des mains d'origine paludéenne ou syphilitique. Les éphidroses parotidiennes ne s'accompagnent pas nécessairement de l'obturation du canal de Sténon. Les sueurs de la jambe peuvent faire partie du cortège symptomatique des varices profondes. Il existe dans les viscéralgies de nombreux exemples de sueurs locales d'origine réflexe. Le pronostic n'est pas grave. Le traitement doit varier avec les causes très différentes de ces diverses éphidroses, avec leur intensité et leurs complications.

DASTRE.

**Ueber morphologische Veränderungen der Zungendrüsen des Frosches bei Reizung der Drüsennerven (Sur les changements morphologiques des glandes de la langue de la grenouille, à la suite de l'excitation des nerfs glandulaires), par W. BIEDERMANN** (*Sitzungsb. der Kais. Akad. der Wiss.* (*Wien*), *Band LXXXVI*, *p.* 67).

Lépine (1870) a montré que les glandes de la langue de la grenouille recevaient directement leurs nerfs du glosso-pharyngien et de l'hypoglosse, de sorte que l'excitation de ces deux nerfs, d'un côté, a pour effet de provoquer une dilatation vasculaire (par excitation des dilatateurs) et une sécrétion abondante, diastasique. Or, il est possible en même temps de comparer les glandes en activité, d'un côté, aux glandes en repos dans l'autre moitié de la langue, et cette comparaison peut fournir un complément intéressant aux recherches de Heidenhain, Stricker et Spina sur la sécrétion. C'est là le but que s'est proposé l'auteur.

Il a étudié d'abord ces glandes au repos, et il s'est convaincu qu'elles ont la plus grande analogie de forme avec les glandes gastriques des mammifères, c'est-à-dire que ce sont des glandes en tubes ramifiées. Sur une membrane basilaire repose une couche de cellules épithéliales à granulations nucléaires sombres, comme cela a été vu pour le pancréas. L'analogie avec les cellules pancréatiques étudiées par Kühne est quelquefois frappante. En réalité ce sont de véritables glandes muqueuses, dont la structure cellulaire concorde tout à fait avec celle des glandes salivaires à mucus et produit, en effet, un liquide riche en mucine.

Le plus grand nombre des nerfs sécrétoires de ces glandes est contenu dans le glosso-pharyngien ; un petit nombre dans l'hypoglosse. On excite le glosso-pharyngien (bout périphérique) et la langue étant brusquement coupée à la racine pendant cette excitation, est jetée dans l'alcool absolu, fixée et tendue sur un cadre de liège. Des coupes en permettent l'étude comparativement avec les glandes au repos. Les résultats que l'on observe

sont d'accord avec ceux que Kühne et Leo ont constaté sur le pancréas du lapin et avec ceux de Langley. L'auteur a vu, comme ce dernier, que les granulations nucléaires sombres qui occupaient toute la cellule disparaissaient successivement pendant la sécrétion, le long d'une bande périphérique, formant une zone claire qui gagne successivement le côté interne de la cellule. — La lecture du mémoire peut seule faire connaître les aspects et les changements intéressants offerts par les éléments glandulaires sur lesquels l'auteur a donné des détails nombreux.

DASTRE.

**Expériences nouvelles sur le dosage et la production physiologique de l'urée, par HUGOUNENCQ** (*Thèse de Montpellier*, 1883).

Au début de son très intéressant travail, l'auteur déclare que les recherches auxquelles il s'est livré sont des recherches de physiologie pure, et qu'il a éliminé tout ce qui a rapport aux variations pathologiques de l'urée dans les liquides de l'économie.

Il a d'abord soumis à une vérification expérimentale les deux procédés de Liebig et d'Esbach, qui sont ordinairement employés dans les laboratoires, en effectuant, par ces méthodes, un certain nombre de dosages, de liquides dont la richesse vraie en urée était, au préalable, exactement déterminée. Le procédé d'Esbach a fourni une approximation moins grande que le procédé Liebig, pour les solutions d'urée aqueuses et pures. (La méthode française a toujours indiqué des chiffres inférieurs à la richesse vraie, la méthode allemande des chiffres un peu supérieurs.) Cependant, l'auteur pense que, en clinique, pour le dosage de l'urée dans l'urine à cause des différents principes que contient ce liquide et aussi à cause de sa couleur spéciale, le procédé d'Esbach est très suffisant et même plus exact que celui de Liebig. La précision dans ces cas est simplement relative, et, pour des recherches plus délicates, il conseille d'avoir recours à la méthode de Bunsen ou de Musculus.

Hugounencq, après avoir établi que les divers procédés dont il a fait la critique ne procurent pas un moyen de dosage sûr et précis, décrit une méthode nouvelle à laquelle il donne le nom de méthode alcalimétrique. Cette méthode a donné, d'après ses expériences, une grande exactitude dans les résultats; elle exige un peu plus de temps que les autres.

La méthode d'Hugounencq repose sur ce fait que l'urée tient de la composition amidique la propriété de se transformer en carbonate d'ammoniaque quand on la soumet, en tube scellé, à une température supérieure à 140° en présence d'une molécule d'eau. Le carbonate d'ammoniaque ainsi formé peut être ensuite facilement dosé au moyen d'une solution titrée d'acide sulfurique, et, par suite, permet d'évaluer la quantité d'urée.

Le principe posé, — et on voit que la méthode n'a pas pour but de remplacer celles dont on se sert couramment pour les besoins journaliers de la clinique, — voici comment Hugounencq procède pour doser l'urée dans l'urine. Il faut d'abord agiter 50 centimètres cubes de cette urine avec 4 à 5 grammes de noir animal, sans avoir à craindre, comme on l'a prétendu, que celui-ci retienne une certaine quantité d'urée. Après cinq

minutes on jette le mélange sur un filtre sec. Sur le liquide qui passe incolore et neutre on prend un échantillon de 5 centimètres cubes qu'on introduit dans un tube et qu'on additionne d'eau distillée. On scelle à la lampe et on porte dans un bain d'huile. Après avoir maintenu la température entre 180° et 190° on retire le tube; on l'ouvre, on le lave et on ajoute les eaux de lavage au contenu du tube lui-même. Il ne reste plus qu'à titrer le liquide obtenu à l'aide des procédés ordinaires de l'alcalimétrie.

Si l'urée doit être dosée dans le sang, il faut d'abord faire subir à celui-ci diverses manipulations (procédé de Wurtz), si l'on veut éviter les causes d'erreur avant d'avoir recours à la méthode alcalimétrique. C'est pour n'avoir pas procédé d'une façon assez rigoureuse que les auteurs ont donné des chiffres qui ont été contestés.

Dans la seconde partie, Hugounencq rend compte d'expériences par lesquelles il a cherché à établir le mode et le lieu de la formation de l'urée. Ces expériences, d'ailleurs peu nombreuses, ne lui ont donné que des résultats négatifs.

La troisième partie est consacrée à l'étude des variations que l'alimentation normale fait subir à l'excrétion uréique quand on fait varier la quantité de l'azote ingéré. Mais au lieu de prendre le rapport entre l'azote ingéré et la quantité *absolue* d'urée éliminée, il n'a eu en vue que le *poids de l'azote* uréique. C'est ce rapport qu'il désigne sous le nom de *coefficient uréique* (expression déjà employée par Paul Bert, mais dans un sens moins précis).

Hugounencq donne le détail des expériences auxquelles il s'est soumis. Il a trouvé que le coefficient uréique était dans les conditions physiologiques, et pour ses expériences, 1, 4. — Mais il varie, si l'on change ces conditions. De l'étude à laquelle il s'est livré et qu'il a cherché à généraliser et à rendre aussi exacte que possible, Hugounencq conclut :

1° A l'état normal, et sous l'influence d'une nutrition également normale, le coefficient uréique varie entre certaines limites en raison directe de l'azote ingéré ;

2° Il est facile de représenter la variation du coefficient en fonction de l'ingestion, soit sur un tracé, soit à l'aide d'une formule générale dont l'un des termes peut varier d'un sujet à l'autre ;

3° Cette formule fait prévoir, et l'expérience vérifie cette précision, qu'à l'état d'inanition physiologique, le chiffre de l'excrétion uréique ne tombe pas au-dessous de 5 grammes d'azote ;

4° Ce nombre minimum peut s'appeler le coefficient d'auto-combustion. Il exprime la quantité d'azote excrémentitiel qui provient de la combustion des seuls tissus organiques. A. MOSSÉ.

**Untersuchungen über Circulation in den Nieren (Recherches sur la circulation dans les reins), par Jul. COHNHEIM et Charles S. ROY** (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band XCII, Heft* 3, *p.* 424).

La méthode employée par les auteurs consiste à enfermer le rein dans une sorte de boîte métallique intérieurement doublée d'une fine membrane préparée avec le grand épiploon du veau. Entre la paroi de la

boîte et la membrane en question se trouve de l'huile d'olive légèrement chauffée ; elle communique par une ouverture des parois, à l'aide d'un tube, avec un appareil inscripteur. Le rein est introduit dans la boîte ; il communique avec l'extérieur par l'intermédiaire des vaisseaux qui constituent son hile. Une fois mis en place, l'appareil peut être replacé dans l'abdomen. Le sang peut librement pénétrer dans le rein et en sortir ; l'urine sécrétée peut être recueillie. Enfin, l'huile d'olive transmet à l'appareil inscripteur des variations qui indiquent par les oscillations du tracé quelles sont les variations correspondantes du volume de l'organe. Le fonctionnement du rein se trouve peu compromis par ce dispositif, puisque la quantité d'urine qu'il sécrète continue à être égale à celle qu'il sécrétait auparavant et à celle que secrète encore le rein du côté opposé. Le tracé fournit des oscillations qui correspondent aux battements du cœur et aux mouvements respiratoires.

L'augmentation de la tension sanguine dans les artères détermine une diminution du volume des reins.

A l'état normal, on constate des oscillations les unes petites, les autres étendues qui correspondent aux mouvements respiratoires ou aux systoles cardiaques. Quelquefois, cependant, il survient dans le rein en expérience des changements de volume dont la cause échappe complètement.

Sous l'influence d'une injection dans le sang d'une solution de chlorure de sodium, il se fait une diminution de volume du rein qui correspond à une contraction des artérioles.

L'asphyxie provoque également le resserrement de ces vaisseaux. Quand les nerfs du rein sont sectionnés, il se fait, au contraire, une dilatation des vaisseaux. Cette dilatation paraît être passive, en relation avec l'augmentation de la pression artérielle.

Lorsqu'on excite le nerf sciatique, on voit la courbe artérielle et la courbe rénale subir des oscillations de sens exactement opposés. Il y a de même diminution du volume du rein dans l'empoisonnement par la strychnine.

L'excitation du bout central du splanchnique donne un résutat analogue à celui que donne l'excitation du sciatique. L'excitation du bout périphérique donne lieu à une diminution de volume très sensible du rein, pendant qu'il y a augmentation notable de la pression sanguine.

Les reins énervés présentent une augmentation de volume qui correspond à la dilatation des vaisseaux, et leur volume subit des oscillations qui sont cette fois exactement parallèles à celles de la pression artérielle.

Jamais les auteurs n'ont pu obtenir la dilatation des vaisseaux du rein par l'excitation des filets nerveux du hile, pris en bloc, ou isolément.

La ligature d'une artère rénale ne paraît avoir aucune influence sur l'artère du côté opposé. L'oblitération de gros troncs artériels éloignés aux membres, par exemple, est également sans influence. Il n'en est pas de même de la composition chimique du sang qui traverse le rein ; ses modifications amènent des changements importants dans la circulation rénale.

Dans une expérience, unique il est vrai, le volume du rein n'a subi aucune modification à la suite de l'arrosage successif d'un chien par de l'eau glacée et de l'eau à 40-50°. A. MATHIEU.

**Ueber Resorption von Wasser in der Marksubstanz der Nieren (Sur la résorption de l'eau dans la substance médullaire des reins), par Hugo RIBBERT** (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol., Band XCIII, Heft* 1, *p.* 169, 1883).

L'auteur a extrait le rein chez des lapins, il a mis à nu le cône que forme la pyramide de Malpighi dans les calices et il l'a réséqué; il a ainsi enlevé la plus grande partie de la substance médullaire du rein. L'organe a continué à sécréter dans la cavité du bassinet une urine beaucoup plus riche en eau, plus pauvre en matériaux extractifs. Il semble donc se faire dans la substance médullaire du rein une résorption aqueuse qui amène l'urine à son degré physiologique de concentration. A. M.

**Notiz über den Nierenblutkreislauf (Note sur la circulation rénale), par J. SETSCHENOW** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXI, p.* 411).

Setschenow appelle l'attention sur l'importance que présentent, au point de vue de la circulation rénale, les variations de pression de la veine cave inférieure et le peu de distance qui sépare les veines rénales du cœur et des organes thoraciques. Il décrit un schéma destiné à réaliser les conditions de la circulation rénale et détermine, au moyen de cet appareil, quelles variations de la pression il faut provoquer dans le tube qui représente la veine cave pour amener des changements dans le mouvement du liquide à travers le tube rétréci qui simule le système des capillaires des reins. Une augmentation ou une diminution brusque de pression de $10^{mm}$ Hg dans la veine cave modifie instantanément la pression dans les capillaires du rein, à condition que les résistances soient moindres dans le circuit rénal que dans le circuit qui représente les capillaires de la grande circulation. L. F.

**Recherches expérimentales sur la marche de la sécrétion biliaire, par D. BALD** (*Arch. ital. de biologie, p.* 389, *juillet* 1883).

L'auteur croit pouvoir conclure de ses recherches que la sécrétion biliaire se distingue d'une manière caractéristique des autres sécrétions digestives, soit par l'irrégularité de la marche, soit en ce qu'elle est indépendante de toute influence excitante des aliments et des médicaments ; elle présente, au contraire, de nombreux points de contact avec la sécrétion urinaire, parce que l'une autant que l'autre dépendent essentiellement de l'usure totale de l'organisme. C. GIRAUDEAU.

**Beiträge zur Kenntniss der Rumination beim Menschen (Contributions à l'étude de la rumination chez l'homme), par Otto KŒRNER** (*Deuts. Arch. f. klin. Med., Band XXXIII, Heft* 5, *p.* 544, 1883).

Ce qui distingue la rumination de la régurgitation, c'est que les aliments parvenus dans la bouche sont de nouveau mâchés et ingurgités. Toutefois, la différence n'est pas absolue, puisque la rumination peut succéder aux régurgitations habituelles.

Quelquefois la rumination est simple, d'autres fois liée à un état habituel de dyspepsie : la distinction est importante.

La rumination peut s'apprendre par imitation. Souvent elle est liée à la constipation, et alors elle s'exagère quand celle-ci s'exagère elle-même.

L'absorption de glace immédiatement après le repas diminue et même peut arrêter complètement la rumination.

Il ne semble pas que l'existence de l'antre cardiaque soit en rapport avec le développement de la rumination. On le rencontre surtout dans les cas où la rumination a été suspendue par des mouvements volontaires de déglutition ; c'est, par conséquent, beaucoup plutôt le résultat que la cause de la rumination. A. MATHIEU.

**Ueber die Reaction der lebenden Magenschleimhaut (Sur la réaction de la muqueuse stomacale à l'état vivant), par L. EDINGER** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXIX, p.* 247).

On s'est souvent proposé de savoir si la sécrétion gastrique possédait déjà sa réaction acide dans les glandes qui la forment, ou si elle ne la prenait qu'en arrivant à la surface de la muqueuse. Les deux opinions ont été soutenues. Brücke, en examinant l'estomac des oiseaux, a trouvé une réaction acide dans les dépressions cupuliformes de leur muqueuse gastrique. Ces dépressions sont des espèces de cavités où viennent déboucher un certain nombre de glandes gastriques; Brücke les a considérées comme une sorte de canal excréteur commun, mais l'embryologie montre que ce ne sont autre chose que des dépressions de la muqueuse superficielle. L'observation de Brücke ne peut donc trancher la question.

D'autre part, Cl. Bernard a essayé de résoudre expérimentalement la question : en injectant du lactate de fer et du cyano-ferrure de potassium, il ne doit se former de bleu de Prusse que dans les points où la réaction est acide : or, la coloration bleue n'apparait qu'à la surface de l'estomac et non dans les couches profondes. Mais Heidenhain pense que cette observation est sans valeur, parce que l'acide formé dans la glande aurait pu être expulsé à la surface. Lépine, en pratiquant des coupes fraîches de la muqueuse stomacale du chien, n'a pu obtenir de réaction acide.

L'idée du travail actuel a été inspirée par la recherche de Cl. Bernard. L'auteur a injecté pendant la vie de l'animal, ou au moment de sa mort, des matières colorantes susceptibles d'éprouver un changement notable sous l'influence des acides. Il recourut d'abord à la solution de tropéoline : des traces inappréciables d'acide chlorhydrique font virer au rouge intense cette liqueur jaunâtre. La solution fut injectée, une fois chez un chien récemment sacrifié, par l'une des grosses artères de l'estomac. La couleur rouge ne s'est manifestée nulle part. — D'autre part et comme terme de comparaison, l'auteur a recours à l'action de la phénolphtaléine sur les tissus alcalins : cette substance rougit fortement. On l'introduit dans la veine jugulaire d'un lapin : l'alcalinité du sang suffit à déterminer la coloration rouge. Comme autre réactif des acides se trouve l'alizarinnatrium, rouge pourpre dans les liqueurs neutres qui devient jaune d'or en présence des acides. Lieberkühn, en 1874, a déjà employé cette dernière substance. Elle offre cet avantage qu'en présence des acides, il y a non seulement changement de couleur, mais précipitation

d'alizarine à l'état gélatineux qui restera en place et indiquera le lieu exact de la réaction acide. La sensibilité est grande : on décèle facilement 0,0007 d'acide chlorhydrique et 1/30000 d'alcali. — Edinger injecte lentement par la veine jugulaire une solution parfaitement neutre de cette substance ; le plus souvent l'animal meurt en quelques minutes au milieu de convulsions toniques et cloniques : sinon, on le sacrifie. Le résultat est très remarquable. Dans chaque tissu de l'animal, on aperçoit la couleur rouge ou la couleur jaune, selon la réaction de ce tissu, fait déjà signalé par Lieberkühn. La substance grise du cerveau et de la moelle est fortement colorée en jaune : son acidité est ainsi démontrée. Les convulsions et la mort de l'animal sont dues à une thrombose des vaisseaux encéphaliques. Après avoir ouvert et vidé l'estomac et lavé sa surface, on aperçoit de nombreuses places jaune paille ou jaune orangé, correspondant à des groupes glandulaires, et séparées par des intervalles rouges ou rouge violets. La couleur jaune occupe toute l'épaisseur de la couche glandulaire en certains points ; dans d'autres points, elle n'occupe que la moitié ou le tiers supérieur de cette couche, le reste étant rouge violet. La coloration jaune paraît s'étendre dans les premières minutes après l'ouverture de l'estomac ; mais, après quelques heures, l'organe est entièrement rouge. En résumé, six recherches concordantes, exécutées sur le lapin, ont montré que la tunique séreuse était violette, la tunique musculaire gris jaune rougeâtre, la tunique muqueuse fortement mouchetée : ces mouchetures sont des taches jaunes, à contours arrêtés correspondant aux formes caractéristiques des amas glandulaires. Dans une septième expérience, on ne trouva nulle part la couleur jaune caractéristique des acides, mais partout une teinte rouge diffuse. Les recherches de l'auteur ont montré que dans la période de digestion, il y a des glandes à réaction acide, d'autres qui restent neutres, en d'autres termes, que toute la muqueuse gastrique n'entre pas au même moment en activité. A côté des groupes glandulaires actifs, il y en a d'autres qui restent inertes. En second lieu, on constate que la réaction acide ne se montre jamais jusqu'au fond des culs-de-sac glandulaires. — La muqueuse pylorique possède, elle aussi, une réaction acide. Heidenhain a montré que chez le chien le suc pylorique était alcalin, tandis qu'il est acide dans la grande courbure. Edinger répète son expérience chez le chien : l'animal résiste habituellement à l'injection de 50 à 100 centimètres cubes. La coloration jaune s'est montrée également répartie sur toute la muqueuse stomacale, au voisinage du pylore comme dans la grande courbure, et dans toute son épaisseur. Les glandes pyloriques à réaction acide fourniraient donc un produit alcalin ; de même en est-il du pancréas, qui donne la réaction acide. — D'ailleurs cette réaction est en rapport avec l'état de digestion, c'est-à-dire d'activité de l'organe : on ne la retrouve pas chez l'animal en inanition. Pour une glande déterminée, la totalité peut avoir chez le chien, la réaction acide, depuis l'orifice jusqu'au cul-de-sac. DASTRE.

**Beiträge zur Filtrationslehre (Contribution à l'étude de la filtration), par Em. N. von REGÉCZY** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXX, p.* 544).

Regéczy étudie les lois de la filtration de solutions salines (eau distillée, NaCL, $CuSO^4$) ou albumineuses à travers le papier à filtre et les

membranes organiques (vessie de poisson, membrane de l'œuf, intestin grêle du porc).

Il constate avec Eckhardt, Schmidt, Runeberg, etc., que la quantité de liquide filtré diminue à raison que l'on prolonge l'expérience de filtration. Il démontre, contrairement à l'opinion de Runeberg, que la vitesse de filtration croît proportionnellement plus rapidement que la pression, quand on augmente graduellement celle-ci. Filtrer un liquide n'est autre chose en effet que le faire écouler sous pression à travers des canaux très étroits dont les parois sont élastiques. Or, ces canaux se dilatent sous l'influence d'une augmentation de pression. L. F.

**Étude sur l'osmose des liquides, par E. DOUMERC** (*Thèse de Bordeaux*, 1881).

L'osmose est un phénomène complexe qui dépend de l'imbibition des membranes et de la diffusion des liquides ; l'auteur étudie ces actions séparées dont le cas général de l'osmose (membrane mouillée par 2 liquides qu'elle sépare) n'est que la résultante.

1° *Diffusion.* — Tous les corps ne diffusent pas également, les uns diffusent très vite, on les a appelés cristalloïdes, les autres très lentement, ce sont les colloïdes. Entre ces deux catégories extrêmes, on trouve d'ailleurs tous les intermédiaires.

La diffusion est d'autant plus rapide, que la différence de densité est plus considérable.

Lorsqu'on fait diffuser ensemble deux sels différents, leur différence de solubilité se trouve augmentée.

L'élévation de la température favorise la diffusion ; on peut poser en règle générale que l'élévation de la température tend à égaliser le pouvoir diffusif des diverses substances.

Il y a toujours production d'électricité dans les phénomènes de diffusion, le sens du courant change avec l'effet thermique produit par les substances qui diffusent.

2° *Imbibition.* — Un même liquide n'a pas le même pouvoir d'imbibition pour les diverses membranes.

Une même membrane n'est pas également imbibée par les divers liquides.

Les solutions salines sont en général d'autant plus facilement absorbées, qu'elles sont moins riches en sels.

Les acides ont pour les membranes un pouvoir d'imbibition tantôt plus grand et tantôt plus faible que celui de l'eau ; ces corps présentent un terme de moyenne concentration pour laquelle le pouvoir d'imbibition est le même que celui de l'eau.

Les membranes humides ne prennent de l'eau que si elles ne sont pas saturées.

Les membranes contenant des sels absorbent moins d'eau que si elles ne renfermaient pas de substances salines.

*Osmose proprement dite.* — L'auteur passe en revue le pouvoir osmotique d'un grand nombre de corps solubles. Il signale un fait intéressant, c'est l'existence d'un terme moyen osmotique pour les acides, fait déjà signalé par Dutrochet, et qu'il rapproche du terme moyen d'imbibition des mêmes composés pour les membranes. Il étudie ensuite l'action

des diverses membranes dans les phénomènes de l'osmose et, dans cette partie de son travail, signale des expériences originales sur les changements apportés dans l'osmose lorsqu'on modifie artificiellement une des faces de la membrane septum, il en déduit que les membranes organisées fraîches ne sont pas les seules à favoriser le courant suivant leur position ; cette propriété paraît donc indépendante de la structure organique du septum.

S'appuyant sur ses expériences, très nombreuses et très variées, M. Doumerc propose une théorie de l'osmose :

La membrane, étant en contact par une face avec l'eau pure, par l'autre avec la solution saline, absorbera de l'une et de l'autre des quantités qui seront proportionnelles au pouvoir d'imbibition que ces liquides ont pour la membrane.

Dans l'intérieur de la membrane, il y aura donc une solution salée plus étendue que celle employée. Or, cette solution salée étant en contact d'une part avec de l'eau pure, d'autre part avec une solution salée plus concentrée, cédera son sel à l'eau pure et son eau à la solution salée plus concentrée. Ce sera là un simple phénomène de diffusion. Mais comme la quantité d'eau est plus grande que la quantité de sel, il s'ensuit que la diffusion de l'eau dans la solution salée sera plus rapide que la dissolution du sel dans l'eau pure. Partout il y aura une augmentation de volume d'un liquide, diminution de l'autre. G. DEVIGNES.

**Détermination de l'acide carbonique de l'air dans les stations d'observation du passage de Vénus, par A. MUNTZ et E. AUBIN** (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 18 *juin* 1883).

Les recherches, effectuées dans ces dernières années sur la constitution de l'atmosphère, au point de vue de sa teneur en acide carbonique, ont modifié les idées anciennement admises sur ce sujet, en montrant que ce gaz entre pour une moins forte proportion qu'on ne croyait dans la masse d'air, et que ses variations se maintiennent dans des limites peu éloignées. Mais ces recherches n'avaient guère été faites qu'en Europe, et dans des stations peu éloignées. Grâce aux expéditions envoyées en divers points du globe pour des observations astronomiques, ces recherches ont été multipliées, et leurs résultats, consignés par les auteurs dans deux grands tableaux, ne diffèrent que peu de ceux trouvés dans notre climat; les quantités trouvées descendent quelquefois sensiblement au-dessous de celles observées en France et en Allemagne, mais les maxima ne s'élèvent pas au-dessus des nôtres. La moyenne générale est de 2,78 pour 10,000 d'air en volume. Si, dans l'hémisphère sud, il y a une diminution appréciable, ce fait paraît pouvoir s'expliquer en considérant que la température de l'hémisphère sud est moins élevée que celle de l'hémisphère nord, et en tenant compte de ce que, l'équilibre de tension existant entre l'acide carbonique des eaux et celui de l'air, d'après Schlœsing, l'abaissement de température doit influer considérablement sur la valeur qu'exprime cette tension, le mélange de grandes masses d'air par les vents, et la diffusion des gaz ne pouvant s'opérer assez vite pour que ces variations, dues à des causes naturelles, échappent à l'analyse. Ces recherches montrent également que, sous toutes les latitudes, il y a augmentation du taux d'acide carbonique pendant la nuit. M. DUVAL.

# TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

**Experiments to determine the germicide value of certain therapeutic agents (Expériences pour déterminer la valeur antiseptique de certains agents thérapeutiques), par G. STERNBERG** (*Americ journ. of med. sc., p.* 321, 1883).

Dans ce mémoire important, et basé sur de longues recherches, Sternberg s'est proposé d'abord « de rechercher la valeur germicide exacte de quelques-uns des agents thérapeutiques les plus employés — de comparer cette valeur, établie par l'expérimentation, aux résultats de l'expérience clinique, afin de voir quel appui la thérapeutique moderne peut apporter à la théorie parasitaire de certaines maladies. »

D'autre part, l'auteur a cherché à résoudre les questions suivantes : « Quel est le pouvoir germicide absolu de divers agents désinfectants ?— Tous les germes morbides sont-ils détruits par ces agents dans les mêmes proportions ? — Quels agents méritent d'être préférés pour chaque virus? — Enfin, au point de vue thérapeutique, quelle est la dose minimum de chaque agent, capable d'empêcher la multiplication de chaque germe morbide spécifique, dans un milieu de culture convenable ? »

Sternberg expose d'abord longuement sa méthode de recherches, et montre les précautions prises pour éliminer toute cause d'erreurs opératoires.

Les microbes mis en expérience, et purifiés par une série de cultures, ont été : le micrococcus du pus, cherché dans du pus blennorragique, et dans du pus d'abcès profond — le micrococcus de la septicémie du lapin, produite par injection sous-cutanée de salive humaine — enfin le bactérium termo, obtenu par la putréfaction à l'air libre du thé de bœuf.

Les résultats obtenus sont consignés dans une série de tables numériques, dont on peut extraire les données suivantes :

Quelques agents considérés comme désinfectants, tels que le sulfate de fer, l'acide borique, l'hyposulfite de soude, etc., sont à peu près impuissants comme germicides. D'autres substances sont, au contraire, très actives. Ainsi le sublimé agit à $\frac{1}{20,000}$, le permanganate de potasse à $\frac{1}{883}$, l'iode à $\frac{1}{500}$, la créosote à $\frac{1}{200}$, l'acide phénique à $\frac{1}{100}$, le chloral à $\frac{1}{5}$, l'acide salicylique à $\frac{1}{25}$.

Notons que, malheureusement, les sels de quinine n'ont pas été au nombre des substances étudiées.

Le pouvoir germicide de ces différents agents reste à peu près constant pour les divers microbes mis en expérience ; de même aussi l'impuissance constatée d'une série d'autres substances.

Dans quelques cas particuliers, cependant, la résistance des divers microbes aux réactifs est variable. Ainsi l'acide phénique inactif sur le microbe du pus à 0,5 0/0, agit à cette dose sur le vibrion septique.

Dans tous les cas, le sublimé et l'iode sont des agents d'une grande puissance, efficaces à coup sûr : le premier à $\frac{1}{500}$ le second à $\frac{1}{200}$.

Mais le coefficient germicide ne suffit pas à déterminer la valeur thérapeutique d'un agent ; il faut encore savoir à quelle dose celui-ci empêche le développement des organismes pathogéniques.

On voit ainsi que les agents germicides exigent, pour agir à titre préventif, une dose bien moindre ; huit fois moins pour l'iode, quatre fois moins pour l'acide phénique, etc.

De plus, certains agents inactifs comme germicides retrouvent ici une réelle efficacité : tels le sulfate de fer, l'acide borique, le borax.

Reste à faire pour chaque agent l'application thérapeutique des faits observés.

Le sublimé, s'accumulant dans l'économie, peut y être introduit à dose suffisante pour empêcher le développement des microbes. Ainsi s'expliquerait son efficacité dans la syphilis, la diphtérie (?), la fièvre typhoïde, la dysenterie, etc.

L'iode s'élimine, au contraire, trop rapidement, et nécessiterait, pour agir, de trop fortes doses.

Il en est de même pour l'acide phénique, l'alcool, etc.

De tous ces faits, on peut conclure que les divers organismes pathogéniques diffèrent dans leur susceptibilité vis-à-vis des agents que l'on administre médicalement pour les détruire. Mais il ne faut pas oublier que la force de résistance des spores de reproduction est bien autrement intense que celle des bactéries pleinement développées ; les résultats obtenus vis-à-vis des bactéries ne peuvent donc légitimement être étendus aux spores de reproduction.

L'expérience, enfin, ne permet pas de croire qu'aucun agent puisse être administré comme spécifique général des maladies d'origine parasitaire. C'est également, du reste, ce que nous enseigne la clinique.

A. CHAUFFARD.

**Nouvelles recherches sur l'absorption des mercuriaux par voie digestive et sur leur action sur le sang, par Ch. BLAREZ** (*Thèse de Bordeaux*, 25 *juin* 1882).

Après avoir longuement expérimenté l'action des diverses substances qui peuvent se trouver dans l'estomac, sur les médicaments mercuriels les plus employés (chlorures et iodures mercuriaux et mercuriques, mercure métallique), après avoir constaté dans le cours de ses recherches quelques faits contredisant de précédents travaux sur la matière, entre autres que les solutions à 1, 2 et 3 pour 1000 d'acide chlorhydrique, à 5 pour 1000 de chlorure de sodium, n'exercent pas sur le calomel d'action plus altérante que l'eau distillée agissant dans les mêmes conditions, M. Blarez arrive aux conclusions suivantes :

Lorsqu'on administre à l'intérieur une préparation mercurielle quelconque, il se forme toujours dans le tube digestif :

1° Du mercure libre dans un état de division extrême, pouvant être directement absorbé et passer dans le sang (fait déjà signalé par M. Merget) ;

2° Des parties non assimilables et rejetées par les fèces ;

3° Des composés mercuriels solubles et assimilables.

Cette portion assimilable peut être, suivant la nature et du médicament ingéré et des substances qu'il rencontre dans l'estomac, soit un sel simple ou sel double, soit un albuminate ou un peptonate.

Les sels doubles sont ordinairement sans action sur le sérum ou l'hémoglobine, ils restent en dissolution dans le plasma, circulent avec lui dans tout l'organisme, et s'ils exercent une action médicamenteuse, ils doivent la produire très rapidement.

Les sels simples se combinent le plus souvent avec les albuminoïdes du sérum et forment des peptonates ou des albuminates solubles dans un excès de substance albuminoïde et l'on rentre alors dans le cas suivant :

Les peptonates et les albuminates mercuriels se combinent avec l'hémoglobine pour former un composé insoluble, ils agissent donc en détruisant un nombre plus ou moins considérable de globules ; quant aux précipités provenant de cette destruction, ils vont s'accumuler surtout dans les organes d'hématopoièse et feront sentir leur action soit lentement par suite de la mise en liberté d'une certaine quantité de mercure en nature, soit promptement si ce précipité est, à un moment donné, rendu soluble par un sel, l'iodure de potassium par exemple.

Ce dernier fait permettrait d'expliquer les symptômes de mercurialisme qui reparaissent souvent lorsqu'on vient à donner de l'iodure de potassium à une personne anciennement soumise à un traitement mercuriel.

G. DEVIGNES.

**Investigations into the physiological action of barium chloride (Recherches sur l'action physiologique du chlorure de baryum), par Sidney RINGER et Harrington SAINSBURY** (*Brit. med. journ., p.* 265, *août* 1883).

De nombreuses expériences sur les grenouilles, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Le chlorure de baryum augmente l'énergie de la systole cardiaque, ralentit les pulsations et accroît la tension artérielle ;

2° Cette action persiste même quand les voies centripètes des sensations réflexes sont détruites (après l'ablation des pneumogastriques) ;

3° L'application locale du chlorure de baryum sur le cœur produit une contraction spasmodique au point de son application ; le cœur incisé et continuant à battre s'arrête brusquement en systole sous l'action de la solution de baryte ;

4° Les vaisseaux se contractent directement sous l'influence du chlorure de baryum, indépendamment de l'action qu'il exerce sur leurs nerfs.

Ces diverses propriétés ne sont pas sans analogie avec celles de la digitale : c'est dans le groupe des excitants cardiovasculaires qui accroissent la tension sanguine qu'il convient de le placer. H. R.

**Zur Frage über den Einfluss alkalischer Mittel auf die Zusammensetzung der Galle (Contribution à l'étude de l'influence que les alcalins exercent sur la composition de la bile), par S. LEWUSCHEW et L. KLIKOWITSCH** (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie, Band XVII, Heft* 1 *et* 2, *p.* 53).

Les deux auteurs ont été amenés à faire leurs recherches à propos

d'une étude qu'ils ont entreprise sur la lithiase biliaire. Ils ont été frappés de voir qu'en regard des déclarations de bon nombre d'auteurs, concernant l'action salutaire des alcalins dans le traitement de la lithiase biliaire, on ne trouve guère que des données incomplètes et souvent contradictoires relativement à l'influence que les alcalins exercent sur la sécrétion et la composition de la bile. Leurs recherches ont eu pour but de combler cette lacune. Elles ont été faites sur des chiens pourvus d'une fistule biliaire; ces animaux étaient soumis à un jeûne de vingt-quatre heures, après quoi, et durant trois heures environ, on laissait libre cours à la bile qui avait été sécrétée pendant cette période de jeûne. Puis on recueillait toutes les trente minutes la bile qui s'était accumulée dans la vésicule du foie. Les deux auteurs ont constaté que d'abord, la bile s'écoule en très grande quantité et présente une densité plus grande, cela par suite de son accumulation pendant la période de jeûne. Puis on voyait diminuer à la fois la quantité de bile recueillie et son poids spécifique. Ce n'est qu'au bout de deux ou trois heures que ces deux valeurs se maintiennent à un même niveau ; finalement la quantité de bile allait en diminuant légèrement, tandis que son poids spécifique allait en augmentant.

Une fois ces renseignements préalables obtenus, les deux auteurs ont étudié l'influence qu'exercent sur la sécrétion biliaire trois eaux minérales alcalines, à savoir: l'eau d'Essentuki (Caucase) source n° 17, très en vogue dans le traitement du foie; l'eau de Carlsbad; l'eau de Vichy (Grande-Grille). Le liquide était introduit dans l'estomac de l'animal à l'aide d'une sonde œsophagienne, à raison de 250 CC chaque fois. Préalablement l'eau était portée à la température à laquelle elle sort de la source. Voici brièvement les résultats obtenus.

Les trois eaux minérales en question ont exercé sur la sécrétion de la bile une influence similaire : Tout d'abord, la quantité de bile recueillie par la fistule diminuait rapidement. Cette première période était de courte durée, et bientôt la quantité de bile allait en augmentant, dans des proportions variables. Pendant la période d'augmentation, la période des principes solubles en suspension dans la bile allait en diminuant, et cette diminution était sensiblement égale pour les différents éléments constituants de ce liquide. C'est avec l'eau de Vichy que ce résultat était à la fois plus tranché et plus prompt à se produire ; le résultat était moins marqué avec l'eau de Carlsbad et moins encore avec l'eau d'Essentuki. Cette variabilité des résultats est attribuée par les auteurs aux différences de composition des trois eaux. Dans l'eau de Vichy, le principe minéralisateur le plus important est représenté par le bicarbonate de soude (0,49 0/0); le sel marin ne s'y rencontre que dans la proportion de 0,05 0/0 et le sulfate de soude dans la proportion de 0,03 0/0. L'eau d'Essentuki renferme 0,63 0/0 de bicarbonate de soude et 0,37 de chlorure de sodium ; l'eau de Carlsbad contient 0,13 de bicarbonate de soude, 0,1 0/0 de chlorure de sodium et 0,27 de sulfate de soude.

Dans une autre série d'expériences, les auteurs ont pu se convaincre que les solutions salines et artificielles exercent sur la sécrétion biliaire la même influence que les eaux alcalines naturelles. Cette influence est plus prononcée et plus rapide à se manifester de la part du bicarbonate de soude que de la part du sulfate de soude. Quand on dépasse un

certain degré de concentration, les solutions plus concentrées de bicarbonate de soude exercent sur la sécrétion biliaire une action moins tranchée que les solutions faibles.

L'ingestion d'eau pure exerce sur la sécrétion du foie une influence qui était facile à prévoir et qui se traduit par une plus grande diffluence de la bile. Toutefois cet effet est beaucoup moins marqué qu'avec les eaux alcalines.

Enfin la température du liquide a une très grande influence sur l'effet produit. Avec de l'eau chaude (45°) le résultat est à la fois plus marqué et plus rapide qu'avec de l'eau à la température ordinaire. E. RICKLIN.

**Einfluss des Bromkalium auf den Stoffwechsel (Influence du bromure de potassium sur les échanges nutritifs), par B. SCHULZE** (*Zeitschrift für Biologie, Band XIX, p.* 301).

Les expériences que Schulze a faites sur lui-même au sujet de l'action du bromure de potassium sur les échanges nutritifs n'ont donné de résultats bien nets qu'en ce qui concerne les urines. Ce sel a des propriétés manifestement diurétiques ; les deux faits saillants sont une diminution marquée dans l'élimination du phosphore et une augmentation légère dans l'excrétion du soufre. L'auteur en conclut que l'administration de ce sel influence les composés phosphorés, qui, comme on le sait, se rencontrent surtout dans le système nerveux central. Le bromure de potassium diminuerait donc les échanges nutritifs dans le névraxe et amènerait ainsi un affaiblissement de l'activité nerveuse. L. D.-B.

**Die Ausscheidung aufgenommenen Weingeistes aus dem Körper (L'élimination de l'alcool ingéré), par Guido BODLAENDER** (*Arch. für die gesammte. Physiologie, Band XXXII, p.* 398).

Bodländer recueille séparément chez l'homme et chez le chien les excréments, l'urine, l'air expiré et les produits de la perspiration cutanée après l'ingestion des liquides alcooliques. Il détermine la quantité d'alcool contenue dans chacune de ces catégories d'*excréta*, et constate que la totalité de l'alcool qui est excrété en nature et qui n'est pas brûlé dans le corps ne représente que 3 à 3,5 0/0 de la quantité d'alcool ingéré. Les 96,5 à 97 0/0 restants sont probablement brûlés dans le corps, et l'alcool doit donc être considéré comme un véritable aliment. Le tableau suivant donne la moyenne des résultats obtenus :

| LIEU D'EXCRÉTION. | CHEZ LE CHIEN. — Proportion d'alcool excrété la quantité ingérée = 100. | CHEZ L'HOMME. — Proportion d'alcool excrété la quantité ingérée = 100. |
|---|---|---|
| Rein | 1.575 0/0 | 1.177 0/0 |
| Peau | 0.0 | 8.140 |
| Poumon | 1.946 | 1.598 |
| Intestin | 0.0 | 0.0 |
| TOTAL | 3.522 0/0 | 2.915 0/0 |

L. F.

**Des aconits et de l'aconitine, par V. LABORDE et DUQUESNEL** (in-8, *Paris* 1883).

Peu de plantes sont aussi employées en thérapeutique que l'aconit, et ont de si nombreuses préparations pharmaceutiques, mais chacune de ces dernières possède des différences si considérables d'activité qu'il est difficile souvent de les employer aux doses et dans les circonstances où elles demanderaient à être utilisées. Ce travail fort instructif se divise en 3 parties : la première est consacrée à la botanique, à l'histoire naturelle et à la matière médicale ; la seconde à la chimie et à la pharmacologie ; la troisième à l'étude physiologique et toxicologique.

L'aconit doit ses principales propriétés à un alcaloïde, l'aconitine cristallisée qui se trouve dans toutes les espèces d'aconit, mais qui, dans chacune d'elles, offre des propriétés un peu différentes ; quoique les auteurs aient surtout édudié l'aconit-napel, ils ont pu cependant constater que les autres espèces (pyrenaicum, anthora, ferox, etc.) avaient des propriétés analogues, mais non identiques et que chacune possédait donc son alcaloïde propre.

En outre, il faut noter que l'aconit-napel possède une aconitine cristallisée, la plus importante, une aconitine amorphe insoluble, ne présentant pas un grand intérêt, et une base soluble, la napelline, douée de propriétés physiologiques bien différentes, existant probablement dans toutes les autres espèces d'aconit connues.

Les diverses parties de la plante n'ont pas la même puissance thérapeutique ou toxique ; les racines sont les parties les plus actives, puis les fleurs, les graines et les feuilles ; examinées à l'état sec, ces diverses parties perdent dans une large proportion leurs propriétés actives.

Les auteurs proposent donc de simplifier la pharmacopée en remplaçant les diverses préparations par les produits obtenus avec les racines et de se borner à l'emploi de la teinture, de l'extrait alcoolique d'aconit, ou dans certaines conditions de l'aconitine, dont l'action est mieux précisée.

Dans les chapitres relatifs à la physiologie et qui sont accompagnés de la relation d'un nombre considérable d'expériences, les auteurs montrent comment est modifiée la sensibilité générale et spéciale ; si celle-ci disparaît après une exaltation passagère, c'est probablement par l'intermédiaire du myélaxe, modifié dans ses propriétés de conduction ; ces phénomènes sont particulièrement remarquables dans la sphère du trijumeau par influence centrale des noyaux d'origine de ce nerf. A dose physiologique, la motricité est entièrement respectée, du moins les propriétés du nerf moteur ; ce qu'il faut noter, c'est l'incoordination, l'ataxie du système locomoteur auxquelles succède un degré plus ou moins accusé de collapsus et de parésie.

L'aconitine agit d'une façon à peu près analogue sur le rythme cardiaque et cela par l'intermédiaire du système bulbo-spinal et des pneumogastriques ; en effet, l'intervention préalable du curare, paralyseur des fibres motrices annihile entièrement l'action de l'aconitine sur le cœur ; cette dernière substance n'agit donc que secondairement sur l'organe central de la circulation.

Du côté des phénomènes de la respiration, l'effet est encore analogue, car l'on constate un véritable état d'incoordination, d'ataxie des mouve-

ments respiratoires déterminant des symptômes de suffocation; c'est le plus souvent par asphyxie que se produit la mort dans l'intoxication aconitique. Constamment éliminée par la muqueuse gastro-intestinale ou en contact direct avec elle, l'aconitine, par irritations périphériques des nerfs, provoque par acte réflexe des vomissements incessants et un flux diarrhéique extrêmement abondant.

Les organes glandulaires sont plus ou moins influencés; mais en première ligne, il faut placer le foie dans lequel on recherchera avant tout, en cas d'empoisonnement, des traces de la substance toxique; puis viennent les sécrétions salivaire, urinaire, gastro-intestinale.

L'emploi thérapeutique de l'aconitine, fondé sur ce fait qu'elle agit surtout sur les phénomènes de la sensibilité générale et spéciale et sur les phénomènes de vaso-motricité, sera surtout indiqué, ainsi que l'avait montré Gubler, dans les névralgies congestives, particulièrement la névralgie trifaciale, dans le rhumatisme articulaire aigu. La partie thérapeutique est du reste la moins longuement traitée de tout l'ouvrage. En terminant, les auteurs appellent l'attention sur la napelline, d'une activité bien moins grande que l'aconitine et possédant en outre des effets hypnotisants que cette dernière substance ne paraît pas présenter.

W. OETTINGER.

**Contributo allo studio fisiologico della resorcina, par Russo GILIBERTI** (*Archivio per le scienze mediche, VII, n° 11, 1883*).

L'auteur a fait ses expériences sur des lapins et des cochons d'Inde, auxquels il administrait la résorcine en injections rectales ou hypodermiques. A la dose de 8,5 centigrammes pour 1,000 grammes du poids de l'animal, la résorcine, administrée en une seule fois, donne au bout de 45 minutes un abaissement de température de 0°,9 c.; l'animal ne reprend sa température normale qu'au bout de 2 heures. A la dose de 19°,10 c. elle donne, au bout d'une heure, un abaissement de température de 1°,6 c.; souvent une semblable dose amène des convulsions. La résorcine diminue la quantité d'acide carbonique éliminée par l'organisme, quand la dose ne détermine pas de convulsions; si, au contraire, elle en détermine, la production d'acide carbonique est augmentée. Administrée à doses répétées, à intervalles variables entre 15 minutes et une heure, la résorcine, même à doses cumulatives trois ou quatre fois plus fortes que celle qui est administrée en une seule fois, détermine seulement un abaissement de température de 1°,5 c. Le meilleur effet antithermique s'obtient en administrant une heure après la dose thérapeutique, une dose moindre qui prolonge l'effet de la première.

La résorcine, d'après Russo Giliberti, augmente aussi passagèrement l'hémoglobine du sang.

F. H.

**Recherches sur le tabac et la nicotine, par GUINIER** (*Thèse de Montpellier, n° 29, 1883*).

L'incertitude où l'on est sur la teneur nicotinique des tabacs, les accidents qui sont survenus à la suite de leur emploi, ont fait abandonner leurs usages en médecine. Peut-être les médecins pourraient-ils éviter

ces inconvénients en prescrivant des tabacs dont l'analyse a démontré les propriétés, par exemple, les tabacs de la régie.

Effets de la nicotine. — La nicotine présente, dans les divers systèmes de l'économie, deux actions successives : la première excitante, la deuxième déprimante.

Dans le système nerveux, cette excitation se manifeste par les tremblements et les contractions musculaires, auxquels succède une résolution plus ou moins marquée.

La sensibilité n'est qu'émoussée par de très fortes doses.

La respiration est accélérée au début avec une amplitude variable, elle est ensuite ralentie ; elle est aussi ralentie à doses faibles, sous l'influence de l'assuétude.

Du côté de la circulation, l'excitation du pneumogastrique se manifeste par un ralentissement des pulsations au début à très fortes doses; puis le cœur s'accélère par la paralysie du nerf vague, la tension sanguine est accrue au début, pour diminuer ensuite, lorsque se produit le relâchement des vaisseaux.

Pour le système musculaire, soit à fibres lisses, soit à fibres striées, on observe au début des phénomènes de contraction, puis des phénomènes de paralysie ; la pupille est d'abord rétrécie, puis dilatée. Cette action n'a probablement lieu que sous l'influence du système nerveux. G... a toujours observé une augmentation de la sécrétion salivaire.

Signalons l'arrêt des cœurs lymphatiques et l'affaissement des poumons chez la grenouille.

Effets du tabac. — Les expériences que l'auteur a entreprises sur le tabac, lui ont démontré l'identité de ses effets avec ceux de la nicotine. Comme, d'autre part, il a mentionné l'extrême diversité des tabacs au point de vue de leur teneur nicotinique, cette opinion que le médecin doit préférer l'emploi de la nicotine pure à celui du tabac.

Action thérapeutique. — Le tabac à l'extérieur a pu être employé avec succès comme calmant.

Les effets d'excitation sur le système musculaire pourraient être utilisés pour provoquer la contraction des fibres lisses, soit dans certains cas d'incontinence d'urine, soit dans certaines constipations, soit dans le traitement de l'iléus. Malheureusement les accidents et les effets vomitifs le contre-indiqueront souvent, surtout dans ce dernier cas.

On a employé le tabac avec succès contre le tétanos.

L'auteur démontre la parfaite inefficacité des lavements de fumée de tabac.

Dans les cas où un vomitif ne saurait être administré par la bouche, on pourrait peut-être, dans certains cas, avoir recours aux propriétés vomitives du tabac et de la nicotine, soit en injections hypodermiques, soit en lavements.

A. MOSSÉ.

**Ueber bie Resorptionsfähigkeit der normalen menschlichen Haut (Du pouvoir de résorption de la peau de l'homme), par Adolf RITTER** (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXIV, Heft* 2, *p.* 143).

L'auteur a étudié le pouvoir d'absorption de la peau pour diverses substances : acide salicylique, salicylate de soude; teinture d'iode,

onguent mercuriel. L'absorption était jugée par l'élimination de la substance en expérience par les urines. Il est arrivé à cette conclusion générale que la peau normale est incapable d'absorption, que les substances essayées soient en solution, en pommades ou finement pulvérisées. L'absorption se fait seulement lorsque l'on a affaire à des substances irritantes qui peuvent enflammer la peau et compromettre sa continuité. Il n'y a pénétration que par effraction. A. MATHIEU.

**Ueber den Einfluss des Chinins auf Wärmeabgabe und Wärmeproduction (Influence de la quinine sur la déperdition de calorique et sur la production de calorique), par HERMANN ARNTZ** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXI, p.* 531).

On sait depuis longtemps que la quinine abaisse la température interne. Pour Binz, Lewizky, Naunyn et Quincke, il s'agit d'une diminution de chaleur. Pour Woodl, la production de chaleur augmente au contraire (de 43 0/0 en moyenne), mais la déperdition de chaleur augmente dans une proportion plus forte (60 0/0) : la combinaison de ces deux facteurs expliquerait l'abaissement de la température interne. Arntz a repris ces expériences sur lui-même et sur des lapins sains ou fébricitants. Il mesure l'intensité du rayonnement calorifique de la peau par le degré auquel s'arrête la colonne d'un thermomètre (protégé par une chape de substance mauvaise conductrice de la chaleur) placé dans le voisinage de la peau et constate que la quinine ne modifie pas la déperdition de calorique. L'abaissement de la température doit être rapporté à une diminution dans la production de chaleur. La quantité d'oxygène consommé par la respiration chez les lapins fébricitants diminue considérablement après l'ingestion de quinine. Les expériences furent faites au moyen du spiromètre à oxygène qui a servi aux expériences de Röhrig et Zuntz, Finkler, etc., au laboratoire de Pflüger. L. FREDERICQ.

**Untersuchungen über die pharmakologische Gruppe des Morphins (Recherches sur le groupe pharmacologique de la morphine), par W. von SCHRŒDER** (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakol., Band XVII, Heft* 1 *et* 2, *p.* 96).

Von Schrœder a étudié l'action physiologique des principaux alcaloïdes de l'opium, dans le but de rechercher jusqu'à quel point cette action est comparable à celle de la morphine. A propos de chacun des alcaloïdes qui ont fait l'objet de ces recherches expérimentales (narcotine, hydronarcotine, codéine, papavérine, narcéine, thébaïne, thébénine, thébaïcine, oxymorphine et oxydimorphine, cryptopine, laudanosine), l'auteur passe en revue les travaux antérieurs ayant trait à l'action physiologique de ces substances. Ces recherches ont été faites parallèlement sur des grenouilles et sur des animaux à sang chaud. Von Schrœder a mis un soin tout spécial à s'assurer de la pureté des produits avec lesquels ont été faites ses expériences. Voici en substance les résultats qu'il a obtenus.

Tous les alcaloïdes de l'opium qui ont été jusqu'ici étudiés d'une façon précise, ont cela de commun avec la morphine que leur action physiologique s'exerce sur le même département de l'organisme animal. Toutes

ces substances, sans exception, agissent sur les centres nerveux chez les mammifères. Il y a des réserves à faire en ce qui concerne l'action physiologique de quelques-uns de ces alcaloïdes sur la grenouillle : la narcotine, la codéine, la papavérine et la thébaïne, outre qu'elles influencent le système nerveux de la grenouille, exercent une action paralysatrice sur les ganglions moteurs du cœur.

La narcotine, la codéine, la papavérine et la thébaïne ont encore de commun avec la morphine, la manière dont elle influence le système nerveux. Comme la morphine, elles produisent d'abord des effets narcotiques, dus à la paralysation du cerveau proprement dit, mais dans une seconde phase de l'action de ces alcaloïdes surviennent des accidents tétaniques qui sont le résultat d'une exagération du pouvoir excito-moteur. Cette concordance d'effets permettrait à la rigueur de réunir ces alcaloïdes dans un même groupe avec la morphine.

Mais cette analogie dans la nature qualificative des effets produits n'empêche pas qu'au point de vue quantitatif, ces effets présentent des différences tranchées pour la morphine d'une part, pour la narcotine, la codéine, la papavérine et la thébaïne de l'autre. La narcose produite par ces dernières est beaucoup moins profonde et moins durable qu'avec la morphine; avec la thébaïne, les effets narcotiques ne sont manifestes que chez la grenouille, mais non chez les animaux à sang chaud. Le stade tétanique se produit presque d'emblée. On n'observe pas comme avec la morphine une paralysation des centres nerveux qui envahit progressivement ces centres de haut en bas et dont les effets successifs sont comparables à ceux mis en évidence par Goltz par l'ablation successive du cerveau, des tubercules quadrijumeaux, du cervelet, du bulbe. L'action paralysatrice de la narcotine, de la codéine, de la papavérine et de la thébaïne s'étend rapidement à tout le cerveau et elle est peu marquée, alors que déjà se dessinent des phénomènes d'excitation. L'auteur en est arrivé ainsi à répartir les alcaloïdes de l'opium en deux groupes : 1° *groupe de la morphine* caractérisé par la prédominance des effets narcotiques, et qui comprend outre la morphine, l'oxydimorphine ; 2° le *groupe de la codéine*, caractérisé par la prédominance des effets tétaniques sur les effets narcotiques. Dans ce groupe, l'auteur fait rentrer la papavérine, la codéine, la narcotine, la thébaïne, placées dans l'ordre croissant de l'intensité de leur action excitante.

L'hydronarcotine, la laudanosine et la cryptopine se rattachent également à ce second groupe : toutefois l'action de ces alcaloïdes est encore trop mal connue pour qu'on puisse leur assigner une place déterminée dans la série qui précède. La même remarque s'applique à la coætyline.

Le groupe de la codéine se rattache au groupe de la strychnine. Il ne saurait être question d'employer les alcaloïdes qui font partie de ce groupe pour obtenir des effets narcotiques.

Pour ce qui est des *codéïnes* obtenues par l'introduction d'un radical alcool dans la morphine, elles se différencient de cette dernière par une moindre action narcotique et par une action tétanisante plus prononcée.

Pour l'oxydimorphine et l'oxymorphine, produits de l'oxydation de la morphine, l'action narcotique est diminuée sans que l'action convulsivante se trouve accrue.

La narcéine doit être considérée, selon von Schrœder, comme un alcaloïde indifférent.

Pour ce qui concerne la codéïne, alcaloïde dont les applications thérapeutiques se sont répandues depuis quelques années, faisons remarquer la concordance des résultats obtenus par von Schrœder, avec l'opinion soutenue en France par M. Barnay (1877) et par M. Bardet (1878), et qui dénie à la codéine toute action narcotique. (Voy. *R. S. M.*, XI, 491.) E. RICKIN.

**I. — Ueber den Nachweis dem Iods im Harn nach der Anwendung von Iodoform, par Erich HARNACK** (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 20, *p.* 297, 15 *mai* 1882).

**II. — Zum Iodnachweis im Harn, par E. HARNACK** (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 52, *p.* 788, 25 *décembre* 1882).

**III. — Ueber die Form der Iodsscheidung im Harn nach der Anwendung von Iodoform (Recherche de l'iode dans l'urine; mode d'élimination de l'iode après l'application d'iodoforme; mécanisme et prophylaxie de l'empoisonnement) par Erich HARNACK et J. GRUENDLER** (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 47, *p.* 723, 19 *novembre* 1883).

L'iodoforme étant insoluble dans l'eau, ne devient toxique qu'en se dédoublant et en mettant de l'iode en liberté.

Pour la recherche de l'iode éliminé par l'urine, Harnack recommande la méthode suivante, qui suffit pour décéler 1/75000 d'iodure. On additionne l'urine d'un peu d'empois d'amidon, d'acide sulfurique dilué, d'acide azotique fumant et de quelques gouttes de sulfure de carbone. Le liquide se colore en bleu. En agitant, une portion de l'iode se dissout dans la couche de sulfure de carbone qui occupe le fond du vase, et qui prend ainsi une teinte violette, tandis que par-dessus se forme peu à peu un anneau bleu foncé d'iodure d'amidon.

Cette réaction est plus sensible que celles fondées sur l'emploi du chloroforme ou de l'empois seul. Quand il existe des iodates dans l'urine, la coloration caractéristique survient sans addition d'acide nitrique; l'épreuve au chlorure de palladium ne fait pas reconnaître l'existence de ces sels.

Mais pour que cette réaction soit applicable, il faut que l'iode soit contenu dans l'urine à l'état d'iodures alcalins. Or, il est certain qu'après l'administration d'iodoforme l'iode existe aussi dans l'urine sous forme de combinaisons organiques. Ce qui le prouve, c'est que dans trois cas d'empoisonnement par l'iodoforme examinés par Harnack, tandis que la réaction de l'iode dans l'urine demeura négative, celle des cendres de la même urine fut des plus intenses.

Voici comment Harnack conseille de procéder à l'examen des cendres de l'urine, qui est, d'après lui, la seule méthode pour doser convenablement l'iode de l'urine, et qui est supérieure même à celle de Hilger (*R. S. M*, IV, 454) :

Alcaliniser une quantité connue d'urine avec un excès de soude; faire évaporer jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine et calciner le résidu. Épuiser les cendres à plusieurs reprises par l'eau bouillante et filtrer. Recalciner les résidus avec le filtre en les additionnant d'un peu

de soude ; puis les épuiser et recommencer encore une ou deux fois la même opération. Acidifier alors les résidus, réunis avec l'acide chlorhydrique, et les précipiter par le chlorure de palladium. Laisser le mélange pendant 24 heures afin de permettre la précipitation. Recueillir enfin le précipité sur un filtre taré, le laver à fond par l'eau chaude, le sécher et le peser.

Pour pouvoir comparer l'intensité des réactions fournies d'une part par l'urine, d'autre part par les produits de sa calcination, on fait dissoudre toutes les cendres dans la quantité d'eau correspondant au volume d'urine évaporée, et on institue des réactions avec d'égales quantités mesurées de cette solution et de l'urine.

Sur 19 individus sains chez lesquels des applications d'iodoforme avaient été pratiquées de différentes façons et en des régions très diverses du corps sans qu'il en résultât de phénomènes d'empoisonnement, l'examen de l'urine effectué pendant un certain temps a toujours donné des résultats concordants : la réaction des cendres de l'urine n'a jamais été plus intense que celle de l'urine elle-même. Quand celle-ci n'offrait pas la réaction caractéristique, aucune trace d'iode n'était appréciable dans les cendres. Dans ces cas, l'iode était donc éliminé par l'urine à l'état d'iodures alcalins.

D'ailleurs, les conditions quantitatives de cette élimination variaient beaucoup ; parfois l'élimination manquait entièrement. Il faut bien supposer qu'alors l'iodoforme n'est pas du tout décomposé, ou ne l'est que très faiblement, autrement dit n'est absorbé qu'en quantité insignifiante. Il est difficile en effet d'admettre, quand tous les organes fonctionnent normalement, qu'il puisse y avoir obstacle à l'élimination de l'iode absorbé. Si un iodure alcalin est absorbé, l'urine l'élimine le plus souvent le même jour. Mais, vu la lenteur de décomposition de l'iodoforme, l'élimination peut se poursuivre plus longtemps, bien qu'on n'ait pas réitéré l'application du médicament.

Dans d'autres circonstances, les quantités d'iodures alcalins éliminés d'un seul coup par l'urine étaient si considérables qu'Harnack a pu les doser en incinérant seulement une petite quantité d'urine. C'est ainsi que dans trois cas où il n'y avait pas eu d'empoisonnement par l'iodoforme, il a trouvé 0,2355, 0,2600 et 0,3600 d'iodure par litre ; dans deux autres cas, également non suivis d'intoxication, il a constaté, à côté des iodures, des quantités appréciables d'iodates dans l'urine.

Au contraire, dans un cas d'empoisonnement par l'iodoforme chez l'homme, il a obtenu des résultats tout différents. Tandis que l'urine ne donnait qu'une réaction excessivement faible d'iodures alcalins, les cendres en renfermaient une très forte proportion. Ici donc, l'iode avait été éliminé en majeure partie à l'état de composés organiques. L'analyse quantitative a montré qu'en tout l'urine renfermait une proportion d'iode qui, transformée en iodure de potassium, correspondait à 0gr,7560 par litre d'urine. C'est là encore un fait qui montre bien qu'on ne peut expliquer l'empoisonnement par une élimination défectueuse de l'iode, car les proportions d'iodure de l'urine étaient beaucoup plus considérables que chez les personnes non empoisonnées. Des expériences sur les lapins ont donné des résultats analogues.

En examinant la répartition du poison dans divers organes chez

l'homme, Harnack a trouvé que c'était le cerveau qui, proportionnellement, renfermait la plus grande quantité d'iode, 0,045 pour cent, tandis que le foie et les reins n'en contenaient que de très faibles proportions. Chez un chien, les résultats ont été différents : foie 0,072 ; cerveau, 0,025 ; rein, seulement des traces. La différence s'explique peut-être parce que le chien a pris l'iodoforme par la voie stomacale.

En résumé, se basant sur les trois cas d'empoisonnement humain qu'il a examinés, Harnack est disposé a admettre que l'empoisonnement par l'iodoforme dépend essentiellement de la forme sous laquelle l'iode résultant de son déboublement se trouve absorbé par l'économie. On n'observe d'intoxication qu'autant que l'iode forme des combinaisons organiques.

L'application pratique de cette manière de voir consisterait à chercher une garantie contre la production des phénomènes d'intoxication en transformant, avant son absorption, l'iode en iodure alcalin ; pour cela il suffirait d'essayer de joindre à l'usage de l'iodoforme celui d'un alcali inoffensif. J. B.

**I. — On the antagonism of poisons, par J.-N. LANGLEY** (*Journal of Physiology, vol. III, p.* 11).

**II. — Concerning the influence of season and of température on the action and on the antagonism of drugs, par Sydney RINGER** (*Ibidem., vol. III, p.* 115).

I. — Rossbach (1879) a soutenu que lorsqu'un tissu avait été paralysé par un alcaloïde, il ne pouvait être excité ou rétabli dans sa condition normale par l'action d'un autre alcaloïde. — Dans les glandes sous-maxillaires, par exemple, l'atropine paralyse l'appareil nerveux et laisse intacte l'activité glandulaire des cellules : la physostigmine ou la pilocarpine administrées ensuite excitent les cellules glandulaires respectées par le premier poison et déterminent ainsi un flux de salive. — Une dose très forte d'atropine paralyserait aussi ces cellules, et alors ni la physostigmine ni la pilocarpine ne peuvent plus stimuler la sécrétion.

Langley répète l'épreuve de Rossbach : il donne la dose d'atropine capable de paralyser (8 milligrammes à 3 centigrammes par kilogramme du poids de l'animal) les cellules glandulaires, — en excitant le sympathique il obtient cependant une sécrétion. — L'atropine ne paralyse donc, à doses massives, ni les cellules glandulaires ni le sympathique du chien ; elle paralyse pourtant le sympathique du chat.

C'est là une contradiction pour la théorie de Rossbach. — De plus, après avoir paralysé par l'atropine les filets sécrétoires de la corde du tympan et du sympathique chez les chat, on les réveille par une dose de pilocarpine, on les détruit de nouveau par une nouvelle addition d'atropine et on les rétablit en donnant de la pilocarpine. — On peut faire avec le même succès les opérations inverses. — Langley a injecté l'atropine dans les vaisseaux sanguins : la pilocarpine introduite par le canal glandulaire réveille la sécrétion : mais cette substance étant absorbée par les vaisseaux sanguins ou rejetée par l'excrétion glandulaire, la quantité qui en existe dans la glande diminue, et avec elle diminue la sécrétion : l'effet de l'atropine reparaît. — Il y avait antagonisme réel entre les deux poisons. — Si l'atropine a fait cesser la sécrétion, c'est qu'elle

a paralysé les cellules glandulaires que l'injection de pilocarpine avait excitées, dans la théorie de Rossbach. Alors une nouvelle injection de pilocarpine devrait rester inerte. — Il n'en est pas ainsi, et cette nouvelle injection fait reparaître la sécrétion, ainsi que Langley s'en est assuré.

En second lieu, on peut remarquer que plus on a donné d'atropine, plus il faut donner de pilocarpine pour en détruire l'effet. L'auteur admet donc que, puisque l'atropine et la pilocarpine n'ont pas d'action l'une sur l'autre, elles doivent en avoir une opposée sur un même tissu, qu'elles influencent proportionnellement à la quantité qui est mise en présence de ce tissu.

Relativement à l'action de ces poisons sur les nerfs, Langley remarqua que le pilocarpine ne peut rendre à la corde du tympan paralysée par l'atropine qu'une partie de son pouvoir stimulateur : celui-ci n'est récupéré que si les deux poisons sont éliminés. Pendant que la pilocarpine agit, l'excitabilité de la corde du tympan et du sympathique, chez le chat, reparaissent. — Le fait que des doses extrêmes d'un alcaloïde ne peuvent être combattues par un autre alcaloïde n'est pas contraire à l'idée même de l'antagonisme. — De même, on comprend que la pilocarpine ne puisse restituer entièrement à la corde du tympan son excitabilité normale, puisque employée seule elle exerce déjà une action nocive qui la diminue. Enfin, l'auteur pense que les effets des deux poisons antagonistes portent sur les terminaisons nerveuses plutôt que sur le tissu glandulaire.

II. — L'auteur avait antérieurement signalé les influences opposées exercées sur le cœur de la grenouille par la muscarine et la pilocarpine, puis par l'atropine et l'aconitine ; on arrête le cœur par une application de muscarine et on le fait repartir en ajoutant de la pilocarpine ; mais ce rétablissement des battements, très marqué quand la saison est chaude, devient inappréciable dans la saison froide. On peut, en second lieu, arrêter le cœur au moyen de l'aconitine ; l'atropine rétablit ses battements, les renforce, les accélère et les régularise. — L'aconitine exerce une action plus efficace sur le ventricule que sur les oreillettes : celles-ci peuvent conserver leurs battements tandis que le ventricule est arrêté au point que l'excitation mécanique directe est inefficace. L'atropine fait reparaître les battements. Mais ici encore l'antagonisme n'a son plein effet que si la grenouille a été mise à la chaleur pendant un nombre de jours suffisant avant l'expérience.

En accord avec ces résultats, il faut signaler ceux de Pantelejeff (1880) sur l'antagonisme de la quinine et de l'atropine : la première arrêtant toujours le cœur tandis que l'autre le rétablit en été et accentue l'arrêt chez les grenouilles refroidies.

Du reste, l'action de l'atropine, considérée isolément, varie avec la saison. En hiver, la contraction était ralentie mais renforcée : les battements tombaient de 35 à 19 par minute. — Pour l'auteur, l'atropine diminue l'activité cardiaque, c'est-à-dire le travail efficace accompli dans un temps donné. Le ralentissement diastolique est plus considérable que le ralentissement de la systole. — En été, l'application de l'atropine a pour résultat non seulement un ralentissement des battements mais leur affaiblissement. — On constate des différences analogues avec la muscarine. Il paraît évident que ces différences sont dues aux modifications du muscle cardiaque produites par le froid hivernal. DASTRE.

**Sur l'action toxique de la salive humaine, par A.-L. GRIFFINI** (*Archives italiennes de biologie, t. II, fasc.* 2, *p.* 106, 1882).

Les expériences entreprises par l'auteur sur les animaux l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° La salive pure parotidienne de l'homme sain, injectée sous la peau des lapins, ne produit aucune altération locale ou générale ;

2° La salive filtrée à travers du papier, et contenant des microphytes, ne produit pas d'altérations locales, mais une infection mortelle, à marche lente ;

3° La salive impure de la bouche, recueillie à jeun et injectée sous la peau des lapins, a produit une action locale violente et une infection aiguë ;

4° L'infection obtenue dans toutes ces expériences, considérée au point de vue clinique et anatomique, doit être considérée comme une forme de septicémie, qui est particulièrement produite par une substance en dissolution dans la salive, qui, par conséquent, passe à travers des vases poreux et n'est pas due aux microphytes ;

5° L'action locale produite par la salive impure de la bouche n'est pas due aux microphytes, parce que la salive filtrée qui en contenait n'a pas produit d'altérations sur le lieu de l'injection, et n'est pas due non plus à la substance dissoute dans la salive, mais elle est nécessairement produite par des matériaux en voie de putréfaction, qui sont injectés avec la salive impure sous la peau. Ces matériaux, étant insolubles, s'arrêtent au milieu du tissu conjonctif sous-cutané, l'irritent violemment et le gangrènent même, pendant que, le processus de putréfaction continuant au milieu d'eux, ils donnent lieu à de nouveaux produits qui s'absorbent ; de cette façon, à l'infection primitive s'ajoute une infection secondaire, qui, quelquefois, dans le cas de nécrose du tissu conjonctif sous-cutané, peut être aussi en partie une auto-infection. C. GIRAUDEAU.

**Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, ce gaz peut-il passer de la mère au fœtus? Note par GRÉHANT et QUINQUAUD** (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences,* 30 *juillet* 1883).

L'oxyde de carbone passe, mais en petite quantité et lentement, du sang maternel au sang fœtal, et, si l'on compare le degré d'intoxication des deux sangs, on voit que le sang de la mère renferme, au moment de la mort, environ six fois plus d'oxyde de carbone que celui du fœtus. — Ces expériences montrent donc que l'opération césarienne, chez une femme enceinte qui aurait succombé à l'empoisonnement aigu par la vapeur de charbon, pourrait réussir, le sang de l'enfant étant encore riche en hémoglobine capable d'absorber l'oxygène de l'air. M. DUVAL.

**Ueber Chloral-Psychosen, par KIRN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 47, *p.* 721, 19 *novembre* 1883).

Homme de 35 ans, de tempérament irritable et de famille névropathe. Il est asthmatique depuis six ans. Il y a trois ans, il a commencé à combattre ses accès avec du chloral et de la morphine. Depuis six mois, les attaques d'asthme

étant devenues presque quotidiennes, il absorbe chaque jour 8 grammes de chloral et 6 centigrammes de morphine.

Après avoir éprouvé successivement de l'inappétence, de la diarrhée, une émaciation considérable, du ténesme vésical, des élancements dans les membres et le dos, de l'insomnie, son moral s'est affaibli et il a perdu toute volonté.

La suppression graduelle du chloral échoua, parce que le malade, incapable de résister à son penchant, s'en procurait en cachette.

Kirn se décida à le supprimer totalement et brusquement, n'accordant à son patient que des injections de morphine à petites doses.

Cette privation de chloral détermina dans les premiers jours un état d'agitation violente, auquel succédèrent des hallucinations limitées à l'ouïe, et exclusivement de nature terrifiante.

Fait curieux, ces hallucinations auditives cessaient complètement la nuit, malgré l'insomnie et l'anxiété du malade.

Cet homme avait perdu 20 kilos de son poids; son pouls était petit, très variable de fréquence; il avait de la diarrhée, des besoins répétés de miction et des élancements dans les membres inférieurs.

Après avoir cessé spontanément pendant quelques semaines, les accès d'asthme reparurent sans exercer aucune influence sur le trouble mental.

Au bout de deux mois et demi, il se produisit une amélioration marquée dans l'état psychique, en même temps que le malade récupérait de l'embonpoint.

Le pronostic paraît donc favorable, si cet homme ne retombe pas dans ses excès.

Kirn relève l'analogie de ce fait avec le délire de persécution des alcooliques. J. B.

**Contribution à l'étude de l'empoisonnement par l'iode, par L.-A. Désiré DUMONTIER** (*Thèse de Paris*, n° 152, 1882).

L'empoisonnement dû à la teinture d'iode peut résulter soit d'une application sur la peau (*R. S. M.*, IX, 559), soit d'une introduction dans les voies digestives.

Les principaux symptômes sont la salivation, les vomissements, la diarrhée, des douleurs abdominales très vives, de l'amblyopie, des vertiges, des convulsions et une agitation extrême.

Le diagnostic empoisonnement une fois posé, il est facile d'en reconnaître l'agent : à défaut des vomissements qui dégagent une forte odeur d'iode, l'examen de l'urine décèlera la présence de ce métalloïde.

Le pronostic est peu grave en général; les vomissements spontanés ou provoqués débarrassent l'estomac d'une grande partie de l'agent toxique. Seuls les troubles gastriques peuvent persister.

La principale indication thérapeutique est de provoquer les vomissements, soit à l'aide d'injections sous-cutanées d'apomorphine, soit par l'eau tiède donnée en abondance.

Les délayants, la décoction d'amidon, le bicarbonate de soude ont donné de bons résultats. J. B.

**I. — Intoxication par le chlorate de potasse. Mort de quatre enfants. Rapport, par BROUARDEL et L'HOTE** (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 3e *série*, *VI* 232, *septembre* 1881).

**II. — Ueber Vergiftung mit chlorsäurem Kalium (Deux cas d'empoisonnement**

par le chlorate de potasse), par L. RIESS (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 52, *p.* 786, 25 *septembre* 1882).

III. — Wieder einen Fall von Kalium chloricum Vergiftung (Nouveau cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse), par F.-W. BROESICKE et SCHADEWALD (*Idem*, *n°* 42, *p.* 649, 15 *octobre* 1883).

IV. — Ueber die Wirkung von Kalium chloricum, par von MERING (*Idem*, *n°* 44, *p.* 686, 29 *octobre* 1883).

I. — Les sœurs de Saint-Saturnin du Port-d'Envaux vendent contre les maux de gorge un remède contenant 15 grammes de chlorate de potasse dans 360 grammes d'infusion de tilleul; la dose est réduite de moitié pour les enfants. La potion doit être prise par cuillerées à bouche ou à dessert, suivant l'âge, de dix en dix minutes ou de quart-d'heure en quart-d'heure, de façon à l'avoir achevée dans un temps variable de trois à sept heures.

Les circonstances dans lesquelles avaient succombé quatre enfants, dont trois âgés de 2 ans et demi, et le dernier de 3 ans et demi, ont porté à penser qu'ils avaient été intoxiqués par ce remède.

On peut distinguer quatre groupes de symptômes d'empoisonnement :

1° Les phénomènes cutanés : apparition de taches bleues, tenant à la cyanose. Quand l'intoxication dure de deux à quatre jours, il survient de l'ictère;

2° Les troubles gastro-intestinaux qui manquent souvent : diarrhée et vomissements verdâtres;

3° Les troubles de la sécrétion urinaire : urines rares, sanguinolentes et albumineuses;

4° Les troubles du système nerveux : collapsus.

A l'autopsie, l'empoisonnement se traduit par deux lésions principales :

1° Sang noir, visqueux, ne formant pas caillots ;

2° Altération des reins.

Pour l'adulte, la dose mortelle est de 35 à 40 grammes; elle est de 8 à 10 fois moindre pour un enfant de 2 à 3 ans.

Chez les quatre enfants, vu le bas âge, les troubles de la sécrétion urinaire n'ont pu être étudiés. D'ailleurs, trois d'entre eux n'ont pas été vus par des médecins. Cependant les parents ont noté des accidents gastro-intestinaux, de la cyanose cutanée et du collapsus.

Tous ont succombé dans les douze heures qui ont suivi la prise de la première cuillerée; le quatrième a survécu quatre jours.

La seule autopsie qui ait été faite a révélé des lésions semblables à celles signalées par les auteurs, et l'analyse chimique a décélé la présence de chlorate de potasse en nature dans différents viscères.

II. — Sous le rapport clinique et anatomo-pathologique, on peut établir deux catégories parmi les empoisonnements dûs au chlorate de potasse.

Tantôt la marche de l'empoisonnement est rapidement mortelle; c'est le cas surtout chez les jeunes enfants. Les symptômes de l'altération du sang prédominent : vomissements opiniâtres, collapsus, affaiblissement de la respiration et du cœur; cyanose, coloration jaunâtre des téguments. A l'autopsie, les viscères sont relativement peu altérés et le sang est remarquable par sa couleur chocolat.

Tantôt, au contraire, la mort survient plus lentement. Alors les symp-

tômes locaux, tenant à l'élimination des produits de la destruction du sang, sont les plus saillants : hypertrophie splénique, hématurie, anurie. Le rein est l'organe le plus altéré, et la terminaison fatale a souvent lieu par urémie. Post mortem, la rate, les reins, la moelle des os sont bruns et contiennent des détritus globulaires qui obstruent les canalicules rénaux.

1° La première observation de Riess rentre dans cette dernière catégorie. Elle est d'autant plus importante que c'est la première fois qu'on constate pendant la vie une altération des globules rouges.

Homme de 35 ans. Le 29 septembre, ingestion accidentelle de 30 grammes de chlorate en deux heures. Peu après, brûlure épigastrique, soif intense; raideur des quatre membres avec convulsions, sans perte de connaissance.

A la suite d'administration de lait, il survient des vomissements et de la diarrhée qui continue le jour suivant.

Le 1er octobre, entrée à l'hôpital : anxiété, agitation, frissonnements, tremblement des extrémités, nausées et éructations.

Tout le corps a une teinte jaune brunâtre différente de l'ictère habituel. Vomissements bilieux.

Le sang prélevé au niveau de la pulpe digitale est très foncé : un quart des globules rouges ont leur stroma incolore et ne renferment plus que des restes de leur matière colorante, sous forme de sphérules et de granulations arrondies, au nombre de une à cinq. Bien que leurs contours soient nets, les globules rouges sont plus petits et plus allongés qu'à l'état normal. On aperçoit, nageant dans le sérum des granules d'hémoglobine semblables à ceux contenus dans les globules rouges, et d'assez nombreux corpuscules de désintégration incolores.

Dès le lendemain, le sang renferme beaucoup moins de globules détruits; enfin, le 4 octobre (5e jour), il n'en renferme plus du tout.

L'examen spectroscopique du sang, répété quotidiennement, n'a rien montré d'anormal.

Le 2 et 3 octobre, amélioration apparente dans l'état général, malgré la persistance des vomissements, qui, les deux jours suivants, deviennent si intenses que toute boisson, tout médicament sont rejetés. Constipation continue. Le cœur faiblit de plus en plus et le pouls devient filiforme. La température ne s'élève un peu que le 1er octobre; avant la mort, elle descend dans le rectum à 35°8. La coloration jaune persiste un peu affaiblie jusqu'à la fin.

Durant les quatre jours d'hospitalisation, le malade n'a eu que deux mictions, composées seulement de quelques gouttes : la sonde a toujours trouvé la vessie vide le reste du temps. L'urine était rouge foncé, très albumineuse, contenant un petit nombre de globules rouges, ratatinés, mais de nombreux fragments de cylindres sanguins granuleux : raies de l'oxyhémoglobine au spectroscope.

Mort dans le collapsus, le 5 octobre, six jours et un quart après l'accident.

Autopsie médico-légale par Limant : la coloration jaune brunâtre des téguments se retrouve jusque dans le tissu adipeux profond.

Muscles rouge brun foncé. Sang brun, se coagulant assez bien et offrant au spectroscope une raie, peu nette, de méthémoglobine.

Ecchymoses de l'endocarde du ventricule gauche. Poumons pâles, très secs. Reins de teinte chocolat. Rate et foie de couleur également foncée. Ecchymoses gastriques. Muqueuse intestinale saine; la partie inférieure de l'iléon contient des matières colorées par du sang. Intégrité de l'encéphale.

A l'examen microscopique, une grande partie des tubes urinifères droits et contournés sont remplis de masses rouge jaune ou rouge brun, formant, les unes des cylindres très longs, les autres fragmentées. Ces masses, en général granuleuses, sont constituées par des particules dont la couleur, l'éclat et les

dimensions rappellent tout à fait les granulations aperçues du vivant du malade dans les globules sanguins.

L'épithélium rénal est trouble et finement granuleux, mais ses noyaux sont intacts presque partout.

Le tissu interstitiel des reins est normal.

Donc il ne s'agit pas d'un processus inflammatoire, mais simplement d'une lésion mécanique, d'une obstruction.

Les cellules hépatiques contiennent au pourtour des ramuscules de la veine-porte beaucoup de granulations rouge brun ; au voisinage de la veine centrale d'un grand nombre d'acini, des particules jaune brun. Les noyaux cellulaires et le tissu interstitiel du foie sont sains. Dans les espaces entre les cellules hépatiques, en beaucoup d'endroits on aperçoit des masses granuleuses colorées par l'hémoglobine ; les unes sont libres à l'intérieur des capillaires ; les autres enfermées dans les cellules étoilées.

Dans la rate, entre les cellules incolores et les globules rouges normaux se trouvent un abondant détritus de globules rouges, sous forme de petites granulations, et en outre un grand nombre de grosses cellules rondes ou allongées, qui renferment les mêmes granulations colorées.

La moelle osseuse, de consistance molle et d'aspect tacheté mi-partie jaune blanc et mi-partie brun rouge, contient beaucoup de grosses cellules avec les mêmes granulations colorées que la rate.

Dans tous les viscères, les masses colorées décrites se dissolvent rapidement dans l'acide acétique concentré.

Riess croit que l'altération des globules rouges ci-dessus, c'est-à-dire la désagrégation de leur contenu coloré est pathognomonique de l'empoisonnement par le chlorate de potasse, et que c'est vraisemblablement elle qu'on trouvera toutefois que la mort ne sera pas trop tardive.

Quant au mécanisme de cette intoxication, Riess se demande si l'on n'aurait pas affaire à une diminution de l'alcalinité du sang, que Friedlaender a d'ailleurs constatée dans le fait suivant :

2° Ici la mort a été rapide. Fillette de 4 ans à laquelle on a fait prendre coup sur coup plusieurs cuillerées d'une potion contenant 4 grammes de chlorate dans 120 d'eau.

Vomissements, diarrhée, collapsus, somnolence. Téguments en majeure partie cyanosés, mais jaune brun sur quelques points.

Autopsie : le cœur contient un sang couleur chocolat, en partie liquide, en partie coagulé ; ce sang, ainsi que le liquide du sac péricardique, offre une réaction acide au tournesol.

Poumons brunâtres. Rate très volumineuse ; sa pulpe est ferme et de couleur chocolat, de même que le foie. Reins bruns, durs, sans différence de teinte dans leurs deux substances. Au microscope, le parenchysme rénal est sain, mais les tubes droits sont remplis de cylindres sanguins, granuleux, foncés, tandis que dans les tubes contournés on n'aperçoit que çà et là quelques petits fragments des mêmes cylindres.

Les lacunes comprises entre les cellules hépatiques renferment des masses granuleuses à couleur d'hémoglobine, plus abondantes que dans le cas précédent. Mais toutes ces masses sont libres dans les capillaires ; aucune n'est enfermée dans des cellules.

Les masses contenues dans les reins et dans le foie sont dissoutes par l'acide acétique concentré.

Relativement au traitement de cet empoisonnement, Riess estime que la transfusion du sang, surtout quand il existe de l'anurie, est contre-indiquée. Non seulement elle est impuissante à remédier à l'obstruction des canalicules urinaires, mais elle peut aggraver l'état des choses, puis-

qu'elle entraîne la destruction d'un certain nombre de globules et détermine de l'hémoglobinurie.

III. — Homme de 22 ans, atteint de pharyngite chronique qu'il soigne depuis longtemps par des gargarismes de chlorate de potasse dont il a l'habitude d'avaler une partie. Le 22 février, il emploie ainsi dans la journée 125 grammes de ce sel.

Le soir, nausées, lombalgie et points douloureux au niveau de l'hypocondre gauche.

Le 23, phénomènes de catarrhe gastrique aigu : langue chargée, estomac dilaté, sensible à la pression. Cyanose des lèvres et des pulpes digitales.

Le 24, vomissements incoercibles qui persistent jusqu'à la fin.

Le 25, ictère, qui disparaît au bout de quelques jours.

Le 26, épistaxis profuses, qui continuent les deux jours suivants.

Le 27, sentiment de constriction thoracique, sans rien à l'examen des poumons et du cœur.

Le 28, la sensation de constriction est encore plus intense. Raideur des membres par instants.

Le 1er mars, intelligence toujours parfaite. Sensation de manque d'air, en l'absence de toute gêne respiratoire. Contracture des membres plus accusée. Estomac toujours distendu. Cœur, pouls et respiration intacts. Température un peu au-dessous de la normale. Mort à midi.

Durant tout le cours de la maladie, la sécrétion urinaire a été à peu près nulle ; aucune diarrhée.

Autopsie médico-légale, le 5 mars, par Liman et Lesser : sang brunâtre, normal au spectroscope. Hypertrophie considérable de la rate. Reins extrêmement volumineux : substance corticale d'un vert sale. Au microscope, les tubes contournés renferment une grande quantité de masses d'hémoglobine irrégulières et brunâtres. Gros et petit intestins remplis d'un liquide aqueux, brunâtre. Muqueuse intestinale tuméfiée. La muqueuse de l'estomac offre les phénomènes associés des gastrites aiguë et chronique, avec petites ecchymoses (*R. S. M.*, XVIII, 52 et 55).

IV. — Le chlorate de potasse abandonne, en majeure partie, l'organisme sans avoir subi de modification.

Si l'on mélange du sang avec du chlorate de potasse, il se forme de la méthémoglobine, et en même temps il y a réduction du chlorate.

L'addition d'alcali ralentit, celle d'acide carbonique accélère la décomposition de la matière colorante du sang.

Le sang asphyxique est beaucoup plus rapidement décomposé par le chlorate de potasse que le sang artériel.

Le chlorate de potasse est surtout toxique quand il est ingéré l'estomac vide, ou que son élimination est défectueuse. J. B.

**Lésions du pancréas chez un lapin empoisonné par du sublimé, par ARNOZAN et VAILLARD** (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 *décembre* 1883).

En donnant deux centigrammes de sublimé par jour à un lapin, les auteurs n'en ont déterminé la mort qu'après en avoir fait absorbé 65 centigrammes : voici ce que la nécropsie leur a donné.

Trois à quatre heures après la mort, léger suintement de sang par les narines : il n'y a pas de lésions buccales, ni de lésions apparentes de l'intestin, qui contient des matières molles, ni de lésions du foie. Le pancréas semble sain, un peu moins translucide peut-être qu'à l'état normal.

Le lobe splénique, durci par l'alcool, la gomme et l'alcool, est coupé : les préparations, colorées au picro-carminate d'ammoniaque, sont montées dans la glycérine : il existe un léger degré d'épaississement du tissu conjonctif interlobulaire ; mais ce qui est le plus apparent, ce sont les lésions des canaux excréteurs. Leur épithelium, formé de plusieurs couches de cellules, est très irrégulièrement disposé : quelques cellules ont pris l'aspect caliciforme, et se distinguent aussi très nettement des cellules voisines, simplement tuméfiées. Le calibre de ces conduits est obstrué par des détritus épithéliaux et de la mucine. Quant au parenchyme glandulaire lui-même, nous ne saurions actuellement dire s'il présente ou non des lésions ; mais l'existence incontestable de ce catarrhe des conduits excréteurs, comme conséquence d'un empoisonnement par le sublimé, nous a paru digne d'être rapportée. OZENNE.

**I. — Ein Fall von acuter Vergiftung durch Explosion von Mercurius vivus (Intoxication aiguë causée par l'explosion de vif-argent), par NICOL** (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 37, p. 568, 11 septembre, 1882*).

**II. — Zwei Fälle von chronischer Quecksilber-Vergiftung (Deux cas d'hydrargyrisme occasionnés par un tain défectueux), par Richard NEUKIRCH** (*Idem, n° 53, p. 820, 31 décembre 1883*).

I. — Ne pouvant parvenir à ouvrir un récipient en fer contenant 80 livres de mercure destiné à fabriquer du cinabre, un maître serrurier soumit ce vase à une chaleur modérée pour liquéfier la graisse desséchée autour de la vis.

Il se produisit une explosion qui détermina chez l'ouvrier une fracture du bras, quelques brûlures, mais aucun phénomène d'intoxication; tandis que le maître, à côté de brûlures au 2e degré de la face, du cou et des mains, eut, 10 heures après l'accident, une glosso-stomatite des plus intenses.

La glossite céda au bout de 4 jours, mais la salivation garda une quinzaine toute son intensité et ne disparut qu'après 4 semaines de durée, malgré le chlorate intus et extra.

II. — 1er *cas*. — Dame de 25 ans. Au sixième mois de la grossesse, périostite alvéolaire des incisives inférieures, malgré l'intégrité des dents. Accouchement à terme d'un enfant hydrocéphale.

15 mois plus tard, stomatite fétide et commencement d'ulcération des gencives.

L'analyse de l'urine ayant révélé la présence d'une quantité assez considérable de mercure, il restait à trouver l'origine de l'intoxication.

Après avoir été obligé d'éliminer toutes les causes habituelles d'hydrargyrisme, Neukirch constata que dans la chambre à coucher, tout auprès du lit, se trouvaient une armoire à glace et un trumeau. Les deux glaces avaient été fraîchement faites; les pores de leur encadrement étaient remplis de globules de mercure, et le tain s'enlevait par simple frottement du doigt.

Le mari, qui couchait un peu plus loin de ces glaces, ne présentait en apparence aucun signe d'intoxication. Il accusait cependant un peu de céphalalgie au réveil et son urine renfermait du mercure, bien qu'en proportion moindre que chez la femme.

Neukirch se demande si l'hydrocéphalie du fœtus peut être mise sur le compte de l'hydrargyrisme.

2e *cas*. — Demoiselle de 30 ans. Depuis 4 ans, elle a une gingivite purulente et des tiraillements douloureux dans le maxillaire inférieur droit. Des améliorations spontanées se sont produites chaque fois que la malade allait passer

quelque temps dans la montagne ; en outre, les maux étaient toujours moindres l'été que l'hiver. Glossite et stomatite intenses.

L'analyse de l'urine décèle du mercure, seul médicament, pour ainsi dire, que cette femme n'ait jamais pris. Elle ne fait usage d'aucun fard, d'aucun cosmétique capillaire.

Dans une petite pièce où la malade travaillait, existaient deux grandes glaces très vieilles. L'une d'elles était brisée dans l'étendue de la main. Le tain de toutes deux adhérait au doigt qu'on passait dessus.

L'enlèvement de ces glaces améliora, mais lentement, la gingivite; la névralgie maxillaire persista encore longtemps. J. B.

**A case of poisoning by turpeth mineral; death, par A. MAC PHEDRAN** (*The Medical News, p.* 682, 22 *décembre* 1883, *p.* 682).

L'auteur ne connaît aucun fait d'empoisonnement par le sulfate jaune de mercure. Cependant, c'est un vomitif très employé aux États-Unis et au Canada, depuis qu'il a été préconisé par Fordyce Barker, de New-York.

M. Phedran, appelé auprès d'un enfant de 5 mois, atteint de laryngo-trachéite spasmodique, prescrivit, comme émétique, deux doses de 3 grains de turbith. La seconde dose ne devait être, et ne fut en effet administrée qu'un quart d'heure après la première, restée sans effet.

Au lieu de vomir, l'enfant ne tarda pas à être pris d'une diarrhée incessante, renfermant du mucus blanc coagulé, de la sérosité aqueuse et des parcelles jaunes provenant du sel mercuriel.

Au bout de 2 heures, il existait déjà du collapsus ; vains efforts de vomissements ; déglutition complètement impossible.

Mort dans les 11 heures, avec quelques légères convulsions.

Depuis lors, dans la même ville (Toronto), le Dr Cameron a eu, dans les mêmes circonstances, à regretter la mort d'un enfant. J. B.

**Ueber die Veränderungen im Rückenmarke nach Vergiftung mit Arsenik, Blei und Quecksilber (Sur les modifications de la moelle dans l'empoisonnement par l'arsenic, le plomb et le mercure), par N. POPOFF** (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol., Band XCIII, Heft* 2, *p.* 351).

L'arsenic, le plomb et le mercure provoquent, dans les intoxications aiguës, une modification de la moelle que l'on peut rapporter à la myélite centrale aiguë.

Lorsque les accidents toxiques sont plus atténués, ces modifications ne sont pas limitées à la substance grise; elles gagnent aussi la substance blanche. Il se fait donc ainsi une myélite diffuse.

Le système nerveux périphérique ne paraît pas être atteint dans ces conditions.

Les symptômes cliniques : crampes, paralysies, douleurs, anesthésies, s'expliquent par les lésions précédentes. Aucun de ces phénomènes ne doit être attribué à une lésion nerveuse périphérique. A. MATHIEU.

**Empoisonnement par le faux ébénier (Cytisus laburnum), par BIGGS** (*Brit. med. journ., p.* 1117, *juin* 1883).

Un enfant de 4 ans avale quelques fleurs de cytise, un peu après perd connaissance. Ses pupilles sont dilatées, son teint très pâle, pouls petit et

rapide, température basse, vomissements à plusieurs reprises. Cet état de choses dure environ quatre heures, après quoi tous les accidents disparaissent progressivement. Le phénomène dominant de cet empoisonnement est le coma. H. R.

**Laburnum poisoning, par H. ROBINSON.** — *Idem*, par **SINCLAIR** (*Brit. med. journ., p.* 675 *et* 728, *octobre* 1883).

Une jeune domestique de 15 ans, un enfant de 6 ans et un autre de 3 ans, avalent des graines de cytise, et presque immédiatement tombent dans le collapsus. Les symptômes observés sont la pâleur, la dilatation de la pupille, la petitesse et la rapidité du pouls. L'enfant de 3 ans avait de plus des convulsions. Un vomitif, des sinapismes et un bain chaud mirent fin aux symptômes d'empoisonnement.

Un fait du même genre est rapporté par le Dr Sinclair :

Il s'agit encore d'un enfant de 7 ans qui avale des graines de cytise, et est pris des mêmes symptômes que précédemment, auxquels s'ajoutent des vomissements et de la diarrhée. Les pupilles étaient énormément dilatées. L'accident n'eut point de suites. H. R.

# THÉRAPEUTIQUE.

**Manuel des injections sous-cutanées, par BOURNEVILLE et BRICON** (*In*-16, *Paris*, 1883).

La médication hypodermique tend à prendre chaque jour une plus grande extension, et il n'est guère de substance qu'on n'ait tenté d'administrer sous cette forme. L'action du médicament (alcaloïde le plus souvent ou extrait concentré) est singulièrement plus marquée, plus rapide. A quelles doses peut-on donner telle substance, quel est le mode de préparation le plus efficace, le moins douloureux ? Autant de questions dont le lecteur trouvera la réponse dans ce manuel, vrai livre de poche, véritable mémento de thérapeutique pour le praticien.

Un historique de la médication hypodermique, le modus faciendi des injections, les accidents auxquels elles peuvent donner lieu servent de préambule. Chaque substance (par ordre alphabétique) est ensuite étudiée au point de vue de ses principaux effets physiologiques, de ses indications, puis vient la liste des diverses formules de solutions. A. CARTAZ.

**Des injections intra-veineuses de lait, de sang et d'autres substances, par MIGLIORANZA** (*Gazz. med. Ital. Lombardia*, 26 *mai* 1882).

En 1873, Albertoni avait proposé les injections de petit lait contre le choléra. Gaillard Thomas a substitué à la transfusion du sang l'injection de lait (voy. *R. S. M.*, XIII, 280, 281, 721, 722 ; XIV, 312). Miglioranza rejette ces injections comme dangereuses. Le lait, injecté tel quel, ne peut remplacer le sang. Les matières grasses et albuminoïdes sont rejetées

par le rein. Si l'injection est abondante, on peut avoir des accidents graves. La graisse, s'accumulant dans le rein, peut déterminer des embolies graisseuses, de la chylurie. D'autre part l'addition soudaine d'une forte quantité de lait dans le courant circulatoire amène un abaissement de la pression sanguine, une diminution de la force systolique. L'injection intra-veineuse de lait est toujours dangereuse : telle est la conclusion de l'auteur.

Quant à la transfusion, le meilleur procédé est la transfusion du sang artériel dans la veine sans recourir à du sang d'animaux. Vient après la transfusion indirecte de sang (de même animal) défibriné.

Quelques expériences sur les injections intra-veineuses d'urine (comme étude de l'urémie), de bile, d'alcool, etc., terminent ce travail. A. CARTAZ.

**Ueber subcutanen Eiseninjectionen (Des injections sous-cutanées de fer), par GLAEWECKE** (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie, Band XVII, Heft* 6, *p.* 466).

L'auteur a fait des expériences sur 20 lapins, pour étudier par quelles voies s'élimine le fer injecté sous la peau à l'état de combinaison saline, et dans quels organes se dépose ce métal.

Des diverses préparations ferrugineuses employées pour ces recherches, c'est le citrate de fer qui se prêtait le mieux et le plus vite à l'absorption par la voie sous-cutanée ; le sulfate d'oxyde de fer n'est résorbé que quand préalablement on y a ajouté deux ou trois fois son poids de citrate de soude ; le peptonate de fer est difficilement absorbé, le sulfate de fer ammoniacal ne l'est pas du tout.

Les injections de citrate de fer ne déterminaient pas de réaction locale. Le fer introduit sous cette forme et par cette voie dans le torrent circulatoire était éliminé en majeure partie par les reins, pour une part moindre par le foie. Le pancréas, les glandes de l'estomac et de l'intestin, les glandes salivaires restent tout à fait hors de cause.

L'élimination du fer par les urines commence une demi-heure environ après l'injection ; elle augmente peu à peu, atteint son maximum entre la seconde et la quatrième heure, diminue de nouveau, pour atteindre son terme au bout de vingt-quatre heures. A son apogée, cette élimination est assez active pour que l'urine présente une teinte allant du brun au violet foncé. Le fer se retrouve toujours dans l'urine à l'état d'oxyde ferreux ou de sel ferreux, qu'on ait injecté un sel ferreux ou un sel ferrique. Les cylindres qu'on rencontre toujours en grand nombre dans les urines des lapins se colorent en bleu sitôt que, par l'addition de ferrocyanure de potassium et d'acide, on constate la présence de traces manifestes de fer dans ce liquide.

Dans les circonstances normales, la bile contient du fer à l'état de sel ferrique. A la suite d'une injection d'un sel ferreux ou ferrique, la proportion de ce métal augmente dans la bile, à partir de la quatrième ou de la cinquième heure qui suit l'injection ; en même temps, on y constate la présence de traces d'oxyde ferreux.

Le sang et le liquide ascitique qui se rencontre chez le lapin à l'état normal renfermaient du fer à l'état de sel ferrique, et en moindres proportions à l'état de sel ferreux, de une à six heures après l'injection. On

n'a jamais retrouvé de traces de ce métal dans l'humeur aqueuse, ce qui tient sans doute à ce que l'albumine fait défaut dans ce liquide.

Pendant la durée de l'élimination du fer par les urines, on peut démontrer la présence de ce métal dans les reins au moyen des réactions microchimiques (sulfure d'ammonium): les glomérules en étaient toujours dépourvus. De même on constate la présence du fer dans le parenchyme du foie.

Les injections sous-cutanées de préparations ferrugineuses sont sans influence sur la proportion de fer que renferment à l'état normal le parenchyme splénique et la moelle des os.

M. Glaewecke a tenté l'application de ces résultats expérimentaux à la thérapeutique. Il a fait des injections de citrate de fer (en tout 250) chez dix malades. Ces injections étaient le mieux supportées quand elles étaient faites dans les masses musculaires du dos ou dans la région fessière. La seringue employée pour ces injections était soigneusement désinfectée avec de l'eau phéniquée. La solution ferrugineuse doit être limpide et de préparation récente. Au prix de ces précautions les injections de fer sont bien tolérées, n'occasionnant qu'une sensation locale de brûlure assez modérée, et qui ne dure pas plus de dix minutes ; après quoi le siège de la piqûre est douloureux à la pression pendant vingt-quatre heures. Mais jamais il n'est survenu d'infiltration ni d'abcès.

L'auteur a expérimenté comparativement le pyrophosphate de fer associé au citrate de soude, préparation que Neuss a utilisée récemment pour faire des injections hypodermiques chez l'homme. Il n'a trouvé aucun avantage à cette substitution ; par contre, le pyrophosphate à l'état de dissolution se décompose au bout de quelques jours.

La dose maximum de citrate de fer à injecter sous la peau chez un adulte est estimée par l'auteur à $0^{gr},1$ ; chez les enfants, cette dose doit être au moins moitié moindre. La solution doit être au titre de 10 0/0. On injectera donc chez un adulte le contenu d'une seringue de Pravaz ordinaire, chez un enfant la moitié de ce contenu.

En employant des doses plus fortes, on risque de voir se produire des accidents d'intoxication : malaise général, puis vomissements avec prostration consécutive. Ces accidents, qui sont très passagers, ont été observés par Glaewecke chez un adulte affecté d'une néphrite, auquel on avait injecté sous la peau 0,2 de citrate de fer ; deux fois chez un garçon de dix ans relevant de la fièvre typhoïde (même dose) ; une fois chez une jeune fille phtisique affectée d'une dégénérescence amyloïde des reins. Le garçon fut pris d'une diarrhée profuse qui s'arrêta sans traitement.

L'auteur affirme que les résultats thérapeutiques obtenus à l'aide des injections sous-cutanées de fer ont été des plus satisfaisants. Chez une jeune fille, chlorotique au plus haut degré, et traitée exclusivement par les injections de fer, la richesse du sang en hémoglobine, qui était au début du traitement de 38 0/0 du chiffre normal, s'élève à 82 0/0 après 54 injections. En même temps le poids corporel avait augmenté de 8 kilogrammes ; les règles, supprimées depuis huit mois, avaient reparu.

Dans un autre cas d'anémie grave, consécutive à des gastrorragies, avec œdème et ascite, grande faiblesse du pouls, les injections de fer eurent pour effet de pousser aux urines ; les accidents hydropiques

se dissipèrent en très peu de temps, et le malade ne tarda pas à se rétablir.

Dans deux cas de néphrite chronique, des injections de *citrate* de fer, pratiquées dans le but de restreindre l'albuminurie, eurent un plein succès. Le fer incorporé sous cette forme s'élimine en majeure partie par les reins. L'acétate de fer, employé dans les mêmes circonstances, paraît devoir donner de meilleurs résultats. E. RICKLIN.

**Bericht über einige Versuche Infectionsfieber durch Chinininfusion zu coupiren (Compte rendu de quelques essais faits dans le but de couper des fièvres infectieuses au moyen d'injections intra-veineuses de quinine), par F.-D. HOFFMANN** (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie, Band XVII, Heft* 5, *p.* 363).

L'auteur avait acquis la preuve, par des expériences faites sur des animaux, que des injections intraveineuses d'alcool à 45-48 0/0, pratiquées avec toutes les précautions désirables, étaient bien supportées. Dans un pareil véhicule alcoolique, on peut dissoudre le chlorhydrate de quinine dans la proportion de 1 grain par centimètre cube, voire dans une proportion double quand on porte le liquide à la température du corps humain. Toutefois, dans la crainte que le liquide ne se refroidit durant les manipulations nécessitées par l'injection, l'auteur ne s'est jamais servi, chez l'homme, que de solutions alcooliques renfermant un grain de sel de quinine par centimètre cube de liquide alcoolique. Ces injections intraveineuses, au dire de l'auteur, sont parfaitement inoffensives quand la seringue à injection est dans un état de propreté parfaite et réalise une occlusion hermétique. Quand l'injection n'est pas pratiquée suivant toutes les règles, elle détermine chez le malade qui la subit un frisson violent. Voici exactement comment Hoffmann a procédé dans ses expériences cliniques :

Pour ce qui concerne d'abord la préparation de la solution quinique, il faisait dissoudre dans de l'alcool absolu chauffé, du chlorhydrate de quinine à raison de 2 grains par centimètre cube. Après avoir laissé reposer le liquide pendant la nuit, il le diluait ensuite avec de l'eau distillée qui avait été soumise à une ébullition prolongée; la quantité d'eau ajoutée était telle que la solution contenait finalement de 45 à 48 0/0 d'alcool. Il la filtrait ensuite, en se servant d'un filtre lavé à l'eau bouillante et avec de l'alcool absolu. Le liquide ainsi obtenu était parfaitement limpide et renfermait environ 2 grammes de sel de quinine pour 28-30 centimètres cubes de véhicule. La veine du patient ayant été mise à nu, on aspirait le liquide dans une pipette en communication, par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc, avec une canule. Puis le bras du patient étant maintenu en l'air, on laissait couler aussi lentement que possible dans la veine mise à nu la quantité voulue de la solution quinique. Après quoi, la plaie cutanée était fermée et recouverte d'un pansement antiseptique.

Au-dessous de $0^{gr},5$, le chlorhydrate de quinine, en injections intraveineuses, ne manifesta point d'influence marquée sur la température fébrile. Chez un garçon de 13 ans, en proie depuis plusieurs jours à une fièvre violente (40° le neuvième jour de la maladie), on injecta dans une veine 0,6 de chlorhydrate de quinine. Une demi-heure avant, la tempé-

rature interne du malade marquait 39°,3. L'injection avait été faite à 11 heures 33 minutes du matin. La température marqua 40° à 1 heure de l'après-midi, 40° à 2 heures, 38°,4 à 3 heures, 38°,6 à 4 heures, 39°,1 à 5 heures ; le lendemain matin 38°,9 et le soir 39°,5. L'enfant, en somme, était atteint d'une fièvre typhoïde de gravité moyenne, dont il guérit après quatre semaines de maladie.

Avec des doses plus fortes de sel de quinine, l'effet antipyrétique des injections intra-veineuses était à la fois plus marqué et plus durable. La plus forte dose employée a été de 2gr,1. Ce fut chez un homme de 30 ans, qui présentait les symptômes d'une fièvre typhoïde grave. La température interne oscillait entre 39°,5 et 40°. Au quinzième jour de la maladie, la température interne s'élevant à 11 heures du matin, à 39°,3, on injecta dans une veine du malade la dose susdite de sel de quinine et voici ce qu'on observa : à 12 heures 45 minutes, frisson, 41°,5 ; à 4 heures 30 minutes, 37°,5 ; à 9 heures du soir, 35°,9. Le lendemain matin la température était de 37°, le soir de 38°,6 ; le surlendemain matin de 39°,3, le soir de 39°,5 ; le troisième jour, de 39°,5 le matin, de 40°, le soir, etc.

Dans deux cas, les injections intra-veineuses de quinine ont eu pour conséquence immédiate de provoquer des accidents convulsifs qui ne laissèrent aucune suite.

L'auteur a étendu ses expériences à la pyémie, à la pneumonie, à la phtisie pulmonaire. Les résultats ont été sensiblement les mêmes : abaissement de la température fébrile, dont l'intensité et la durée étaient en rapport avec la dose de quinine employée ; en même temps, le pouls devenait plus lent et plus énergique. Hoffmann ne se fait pas d'illusion sur la véritable valeur de ces résultats, et il espère qu'avec d'autres médicaments, on obtiendra des résultats plus satisfaisants. Momentanément il reste ce fait qu'on peut impunément injecter, dans les veines d'un sujet de notre espèce, 30 centimètres cubes et plus d'une solution alcoolique à 45 0/0. E. RICKLIN.

**I. — Du traitement thermal pendant la grossesse. Notes et observations pour servir à l'histoire du traitement thermal pendant la grossesse, par CAULET** (*Archives de tocologie, février* 1883).

**II. — Les indications et contre-indications des eaux minérales, hydrothérapie, bains pendant la grossesse, par BELUGOU** (*Montpellier médical*, 1883).

**III. — Même sujet, par QUEIREL** (*Annales de gynécologie*, 1883).

La grossesse est une contre-indication générale à l'usage d'une cure thermale, affirme M. le Dr Coulet. Et, pour confirmer son opinion, il oppose : 1° d'abord des raisons de fait. Ce sont cinq observations où un traitement thermal plus ou moins limité a provoqué soit l'avortement, soit un travail d'avortement ; 2° des raisons théoriques, tirées de l'impressionnabilité nerveuse et circulatoire de la femme enceinte.

Quelles que soient les contre-indications cependant, la grossesse ne peut constituer un obstacle formel, absolu, au traitement thermal. Nous retombons alors dans des cas particuliers soit de résistance au *molimen* fluxionnaire, soit de limitation de ce molimen, cas d'exception.

Les contre-indications générales de la grossesse relative à l'usage des

eaux minérales existent aussi, pour M. Belugou, surtout au début et à la fin de la grossesse. De ces contre-indications, il en est d'absolues, telles, que l'existence d'une maladie de cœur chez une femme grosse, la tendance aux hémorragies utérines dans l'état de vacuité de l'organe, etc.

Mais même pour la grossesse, il existe d'après M. Belugou des indications qui dérivent de l'insuffisance des médications artificielles. Il est, pour l'auteur qui en rapporte trois exemples, des cas de chloro-anémie, nous aimerions mieux dire d'asthénie fonctionnelle, qui n'ont été redressés que par un traitement thermal.

Des maladies accidentelles, vraies complications de la grossesse, peuvent exiger une médication immédiate et puissante. Telles les coliques hépatiques.

Cinq observations rapportées concluent à la résolution complète du mal par l'eau de Vichy sans retentissement sur la grossesse.

Une médication thermale est souvent nécessaire dans la syphilis pour qu'un traitement spécifique ait un effet curateur (1 observation).

Un affaiblissement régulier des forces, un état de langueur des fonctions digestives, plus que l'état local du poumon, bénéficient d'un traitement thermal (2 observations) dans la phtisie. Enfin, dans deux cas, l'intervention d'un traitement, thermal par les eaux ferrugineuses, a paru arrêter l'œdème d'une albuminurie, prévenir l'éclampsie et permettre à la grossesse de s'achever. SÉNAC-LAGRANGE.

**Blutdruck nach Bädern (La pression sanguine après le bain), par L. LEHMANN** (*Zeitsch. f. klin. Med., Band VI, p.* 207).

Le docteur Queirel arrive aux mêmes conclusions.

Lehmann a étudié la pression sanguine, après le bain, à l'aide de l'appareil de Basch.

Les bains froids ou chauds modifient la respiration par voie réflexe; elle devient plus rare et plus profonde; sous leur influence, les contractions du cœur deviennent plus rares et plus énergiques, la pression sanguine augmente, et avec elle la quantité d'urine secrétée.

Thérapeutiquement, les bains froids sont contre-indiqués dans tous les états pathologiques où l'on redoute une hémorragie : anévrisme des gros vaisseaux, athérome, apoplexie, dégénérescence graisseuse du cœur, néphrites, etc. Au contraire, ils sont indiqués dans : l'emphysème, le catarrhe bronchique chronique, certaines formes d'asthme, les affections du cœur dans lesquelles la pression artérielle a baissé, etc. M. DEBOVE.

**I. — Observations de pneumonies traitées par les bains froids, par L. GIGNOUX** (*Lyon méd.*, 11 *novembre* 1888).

**II. — Pneumonie traitée par les lavements froids, par CHAMBARD-HÉNON** (*Ibid.*, 9 *décembre*).

I. — L'auteur a appliqué cinq fois la balnéation au traitement de pneumonies graves, à forme ataxique ou comateuse. Quatre malades ont guéri rapidement, le cinquième est mort ; il était atteint d'une pneumonie double et le traitement n'avait été commencé qu'au 6e jour. Nous résumons une des observations qui montre que M. Gignoux a suivi les préceptes ormulés par Jürgensen et Liebermeister.

Employé, 34 ans, surmené depuis quelques mois, entré à l'hôpital le 28 avril avec la mention fièvre typhoïde. Le facies, l'état d'hébétude, la céphalalgie, le ballonnement du ventre, rien ne manquait, sauf les taches. Pouls 116. Température 40°,5. Bains à 20°. Vers la fin du bain, léger frisson. Trois heures après, la température étant remontée au-dessus de 40°, nouveau bain; à la sortie point de côté intense. On perçoit alors les signes d'une pneumonie. On décide de continuer les bains.

Le 29, 6 bains. Abaissement notable de la température. État général meilleur, quelques crachats rouillés.

Le 30, 7 bains. Température avant les bains entre 39°,5 et 40°. Abaissement de 1 degré après chaque bain.

1er mai. Température à 38°. Les bains sont supprimés. Huit jours après le malade sortait en bon état de santé.

Dans les quatre cas, la guérison est arrivée de même progressivement et la convalescence a été rapide. Les choses se passaient comme pour la fièvre typhoïde. Le bain, donné au même degré et de la même durée, amenait le réveil de l'intelligence, l'abaissement de la température, le frisson. Après quelques bains, survenait l'amélioration plus sensible, sommeil, langue moins sèche, diurèse abondante.

Après avoir étudié les indications formulées par les auteurs allemands voici comment conclut M. Gignoux :

« Si dans la fièvre typhoïde l'expérience a prouvé qu'on pouvait résumer le traitement dans une formule applicable à la généralité des cas, il n'en est pas de même pour la pneumonie, où la réfrigération intervient comme médication plutôt symptomatique que systématique. Dans la pneumonie sans complications, le bain devra être prescrit pour peu que la température se maintienne ou dépasse 40°,5. Il sera impérieusement indiqué toutes les fois que la pneumonie, quelle que soit la température, présentera des symptômes typhiques (ataxie, délire, coma) que ces symptômes apparaissent au début ou dans le cours de la maladie. Quant au degré, à la durée, à la fréquence des bains, on ne peut établir de règl. invariable.

II. — Enfant de 7 ans présentant tous les signes d'une fièvre typhoïde. L'auteur prescrit des lavements froids à 12° de 3 heures en 3 heures; au 5e jour, on constate une pneumonie droite. Les lavements furent continués ; la malade guérit rapidement. A. CARTAZ.

**Case of croupous pneumonia in a child, treated successfully by the cold bath par William DAY** (*Brit. med. Journ., p.* 725, *octobre* 1883).

Un enfant de 13 ans est pris, le 17 décembre, de vomissements, de fièvre e de malaise : le lendemain, il a du délire, une fièvre violente sans signes thoraciques nets à l'auscultation. Le 20 décembre, il est dans un état typhoïde : dyspnée (56 respirations), température très haute (104° 2 Fahr). A l'auscultation, obscurité du son à la base du poumon gauche. On diagnostique une fièvre typhoïde, et on met l'enfant dans un bain à 90° (F), que l'on refroidit progressivement avec de la glace jusqu'à 70° F. Simultanément on prescrit 50 centigrammes de salicylate de soude toutes les quatre heures.

21 *décembre*. Même état général, aucune amélioration. On réitère le bain, pendant cinq minutes, ce qui abaisse la température du malade de 2°. Dans la journée, le thermomètre marquant de nouveau 103° 6, on donne un nouveau bain. Dans la nuit, troisième bain : puis un autre à 5 heures du matin,

à 9 heures, à midi (la température remontant de suite, dans l'intervalle, à son taux primitif).

Dans l'après-midi, il est en plein délire, complètement inconscient. On lui redonne encore un bain à 4 heures et demie, un autre à 7 heures du soir, celui-là suivi d'un peu de calme : un enfin à 10 heures 40. De minuit à 5 heures du matin, on lui administre encore trois nouveaux bains. Le lendemain matin, deux autres. Cette fois on s'aperçoit qu'il y a des râles crépitants à la base du poumon et que décidément il s'agit d'une pneumonie; le traitement change alors : aux bains succèdent les grands cataplasmes, puis l'enveloppement dans le drap mouillé : au salicylate de soude le chlorate de potasse et l'ipéca à doses fractionnées. En même temps la température s'abaisse à 100° 8, ce que n'avaient jamais donné les bains.

L'observation se poursuit, donnant des détails sur les progrès de l'amélioration. A partir du 24 décembre, l'air revient dans le poumon gauche, mélangé encore de râles de retour, mais la matité persiste quelque temps, ce qui fait songer à un épanchement pleural concomittant, ou peut-être à des « dépôts tuberculeux. »

Cet état de choses persiste, avec des alternatives de mieux et de pire, pendant la première quinzaine de janvier : la guérison n'est complète que vers le 24 janvier, cinq semaines après le début de l'affection.

L'auteur, dans les réflexions dont il fait suivre ce cas, dit que le diagnostic ici ne pouvait se faire avant le 6e jour, mais que l'hyperthermie indiquait d'urgence le bain froid. Il se repent presque de n'avoir plus insisté sur la balnéation une fois la pneumonie reconnue, et dit textuellement que s'il avait laissé plus longtemps le malade dans le bain, la température n'eût pas remonté si vite. Il se promet de recommencer à l'avenir d'une façon plus efficace, parce qu'il est convaincu que le bain froid peut seul en pareil cas faire tomber les symptômes de délire, d'agitation, de troubles nerveux. H. R.

**Recherches sur les modifications de la température par les onctions générales dans les maladies fébriles des enfants, par P. COLRAT** (*Lyon méd.*, 13 *janvier* 1884).

Schlemann est un des premiers qui ait fait usage des onctions cutanées avec des corps gras, dans le but de modérer la fièvre ; il appliqua cette méthode surtout contre la scarlatine. Frappé des avantages notés par les auteurs qui ont adopté la pratique de Schlemann, M. Colrat a employé ces onctions chez de petits enfants atteints de scarlatine, variole, broncho-pneumonie et il en a obtenu les plus heureux résultats. Il se sert d'axonge, de cérat et mieux encore de vaseline. Le corps gras est étendu sur tout le corps ; aussitôt l'opération terminée, on constate un sentiment de bien-être général qui se traduit chez l'enfant par l'absence d'excitation et la tendance au sommeil. Le thermomètre accuse aussitôt une diminution de température de quelques dixièmes à un degré, pouvant aller parfois à 2 degrés. Les nouveau-nés et les enfants en très bas âge présentent l'abaissement le plus marqué.

Les frictions ont toujours été inoffensives, ne déterminant aucune irritation, aucune éruption cutanée.

L'auteur discute les diverses théories physiologiques admises pour expliquer ce phénomène de diminution de la température ; aucune ne lui paraît suffisante et il se contente d'indiquer les résultats cliniques fort satisfaisants qu'il a obtenus. A. CARTAZ.

**I. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide carbonique, par Maurice DUPONT** (*Thèse de Paris*, 1882).

**II. — Phthisis, its cause, nature and treatment, par John PARKIN** (*In-8°, Londres*, 1883).

I. M. Dupont admet que l'acide carbonique peut servir à diminuer l'activité des combustions dans les tissus et à ralentir le mouvement de désassimilation. C'est dans ce but qu'il fait inhaler à ses malades une certaine dose de ce gaz mélangé à l'air. Le gaz carbonique passe dans un vase contenant du goudron de Norwège, se charge de certains principes résineux et est mélangé à l'air dans la proportion d'un quart. On sait que l'on attribue à l'inspiration du gaz carbonique les résultats favorables obtenus par la stabulation.

M. Dupont a soumis 32 malades à cette méthode de traitement ; chez la plupart il a pu constater un accroissement des forces, une suractivité des fonctions digestives et consécutivement une augmentation de poids et une augmentation de capacité respiratoire.

II. — Parkin, dans ce court travail, où il étudie les causes de la phtisie, indique également l'acide carbonique comme le remède le plus apte à calmer la fièvre, à diminuer l'expectoration, les sueurs nocturnes ; sous l'influence des inhalations, dont il n'indique pas la proportion, l'appétit, les forces reviennent et les malades éprouvent un mieux sensible.

A. CARTAZ.

**Biologia, patogenesi, cura e profilassi della Tuberculosi polmonare. — Le inalazioni di Iodoformio come mezzo terapeutico, par SORMANI** (*Annali universali, septembre* 1883).

Dans ce travail très développé, l'auteur expose ses propres recherches et donne une revue très complète des principaux mémoires parus dans ces derniers temps sur la tuberculose. Il conclut que le bacille de la tuberculose inoculé aux animaux susceptibles de lui fournir un terrain favorable, se multiplie, envahit tous les organes, amenant un processus inflammatoire chronique dont les produits bientôt caséeux déterminent le ramollissement et la destruction de l'organe. Le bacille se trouve au centre des tubercules dès leur début ; il en est donc bien réellement la cause et non l'effet.

La partie la plus originale du travail concerne le traitement : Sormani prescrit l'iodoforme en inhalations et à l'intérieur à la dose de 50 centigrammes. Pour les inhalations, il emploie l'iodoforme porphyrisé qu'il fait traverser par un courant d'air, de manière à entraîner les vapeurs jusque dans les bronchioles. Il se sert dans ce but de l'appareil de Waldenburg auquel il ajoute une bouteille de Woolf trempant dans un bain-marie à 100°, température qui facilite la volatilisation de l'iodoforme sans le décomposer. Cette bouteille communique avec l'appareil de Waldenburg par un tube de verre ; un autre tube se termine par le masque respiratoire. Cette méthode combine donc les effets de l'appareil de Waldenburg avec ceux des inhalations antiparasitaires.

L'auteur rapporte une série d'observations favorables à ce traitement.

L'iodoforme est rapidement absorbé par la voie pulmonaire, et on en constate rapidement la présence dans l'urine. Une amélioration dans l'état général se produit rapidement; les lésions pulmonaires s'améliorent moins vite et moins franchement, on constate toujours la présence des bacilles dans les crachats, en un mot, la poussée tuberculeuse paraît seulement suspendue, la rechute est toujours menaçante.

La résorcine et l'eau oxygénée, d'après les expériences de l'auteur, paraissent devoir être inférieures à l'iodoforme dans le traitement de la tuberculose.

Comme liquide de culture, Sormani préfère à la gélatine de Koch le serum de veau chauffé au bain-marie et additionné de cristaux de carbonate de soude, jusqu'à réaction alcaline.

Au point de vue de la prophylaxie, l'auteur remarque que l'haleine des phtisiques ne contient pas le bacille de tuberculose. Ce bacille conserve sa virulence pendant un temps très long; il résiste à la putréfaction, et au dessèchement. Ce sont les crachats desséchés des phtisiques qui sont le véhicule de la contagion en se mêlant aux poussières atmosphériques. Ils doivent être détruits, et l'on doit désinfecter avec soin les chambres et les objets souillés de matière tuberculeuse. F. BALZER.

**Le inalazioni di Iodoformio e di olio essenziale di trementina nelle affezioni bronco-polmonari, par RUMMO** (*Rivista clin. e terap., juillet* 1882).

L'iodoforme se dissout assez bien dans l'essence de térébenthine; cette solution a été prescrite en inhalations au moyen du pulvérisateur de Siegle; l'administration était faite dans un cabinet où les malades restaient une heure ou deux après l'opération.

Le remède fut employé à dose croissante depuis 16 centigrammes d'iodoforme dissous dans 4 grammes d'essence, jusqu'à 96 centigrammes avec 24 grammes de liquide. On le prescrivit dans deux cas de bronchopneumonie chronique, un cas de catarrhe diffus trachéo-bronchique avec pleurésie et pneumonie interstitielle, un cas de bronchectasie, un cas de catarrhe bronchique et cinq de phtisie pulmonaire.

Le premier effet qui se produit, c'est la rapide diminution de la toux, puis le ralentissement de l'expectoration; en même temps, les signes physiques s'amendent. L'action sédative de l'iodoforme amène un sommeil calme et réparateur. La température s'abaisse; le nombre des battements du cœur et des mouvements respiratoires est moins considérable; le chiffre de l'urée diminue. Les sueurs nocturnes disparaissent et le poids du corps augmente.

Tous les effets curatifs de l'iodoforme peuvent s'expliquer par : 1° son action anesthésique sur les filets sensitifs pulmonaires du nerf vague; 2° son action modificatrice locale que l'iodoforme partage avec l'essence de térébentine; 3° son action antiseptique.

Les recherches sur les urines montrent que la plus grande partie de l'iodoforme s'exhale par les poumons, qu'il faut 8 à 9 jours d'administration du médicament pour le retrouver dans le liquide de la sécrétion rénale et que son élimination se fait lentement, puisqu'on l'a retrouvé 9 jours après sa suppression. BAZILE FÉRIS.

**Ueber die Wirkung des Hyoscins gegen die Nachtschweisse der Phthisiker, par FRAENTZEL** (*Charité-Annal.*, *VIII Jahrg.*, *p.* 301).

Des recherches de Fraentzel il résulte que l'hyoscine et surtout l'iodhydrate d'hyoscine diminuent, dans un certain nombre de cas, les sueurs nocturnes des phtisiques. Moins efficace en général que l'atropine, elle ne doit être employée que quand ce médicament a échoué. Sur 29 cas de ce genre, Fraentzel a obtenu 10 demi-succès, 5 succès durables, enfin 14 insuccès. Dans 11 cas l'hyoscine eut une action légèrement narcotique. Comme elle est parfois mal tolérée, il faut commencer par des doses faibles (un demi-milligramme sous forme pilulaire). Fraentzel a employé l'hyoscine, sans aucun succès, dans deux cas d'asthme vrai.

L. D.-B.

**Discussion über die Salicylbehandlung bei acutem Gelenkrheumatismus (Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'acide salicylique), par BÄUMLER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 44, *p.* 687, 29 *octobre* 1883).

Voici les résultats obtenus par Bäumler :

Du 1er octobre 1876 au 1er juillet 1883, il a été reçu 179 rhumatisants dont 92 hommes : 114 en étaient à leur première atteinte et 65 à une récidive.

Leur traitement a consisté dans l'administration, toutes les 2 ou 3 heures, de 50 centigrammes à 1 gramme de salicylate de soude.

Chez les hommes atteints pour la première fois de rhumatisme, la fièvre a disparu du 1er au 26e jour, soit en moyenne au bout de 3 jours 3, ; chez les femmes, dans les mêmes conditions, elle a disparu du 1er au 49e jour, soit en moyenne au bout de 4,8. Pour les récidives, la durée moyenne de la fièvre a été de 2 jours 6 chez les hommes et de 4,2 chez les femmes.

Voici les conclusions de Bäumler :

1° Les préparations salicylées, spécialement le salicylate de soude, peuvent être considérées comme un spécifique contre le rhumatisme articulaire aigu, en faisant les mêmes réserves qu'on est obligé de faire pour d'autres spécifiques, tels que la quinine dans la fièvre paludéenne.

Sous l'influence du traitement salicylique, la fièvre et l'inflammation articulaire cèdent généralement en peu de jours ;

2° Quelquefois les symptômes sont seulement atténués ;

3° Ils peuvent aussi se reproduire malgré qu'on ait continué le médicament. L'usage prolongé de petites doses est nécessaire, après la disparition des phénomènes aigus, pour empêcher les récidives ;

4° Le traitement salicylique ne s'oppose nullement au développement des complications cardiaques, qui ont atteint la proportion de 18,5 0/0 parmi les malades de Bäumler qui étaient pris de rhumatisme pour la première fois.

*Weil*, à la clinique de Heidelberg, est arrivé à des résultats analogues. Il prescrit, d'heure en heure, 50 centigrammes d'acide salicylique jusqu'à rémission des douleurs, puis une solution de salicylate de soude à petites doses.

J. B.

**Two cases of acute rheumatism rapidly cured by large and frequently repeated doses of salicin, par QUINLAN** (*The Lancet*, 5 *mai* 1883).

L'auteur administre la salicine en suspension dans du lait, à la dose de 2 grammes ou 2gr,50 (30 ou 40 grains) toutes les heures, jusqu'à ce que la température soit tombée au-dessous de 38°, ce qui arrive généralement au bout de 24 heures; on continue ensuite en espaçant progressivement les doses jusqu'au rétablissement complet. D'après l'expérience de Quinlan, cette médication ne produit jamais d'accidents, ni même de malaises, la salicine étant beaucoup mieux tolérée par l'organisme que l'acide salicylique. Suivent 2 observations très favorables, mais dont les résultats ne sont pas supérieurs à ceux obtenus journellement dans les hôpitaux de Paris avec 8 grammes de salicylate de soude. H. BARTH.

**Ueber die Anwendung des Brom bei der Diphtheritis, par HILLER** (*Charité-Annal.*, *VIII Jahrg*, *p.* 224).

Hiller recommande instamment la médication bromée dans la diphthérie. Sur 50 cas personnels, il n'a eu qu'une mort (dans la convalescence, par myocardite). Comme Schütz et Gottwald il combine les badigeonnages et les inhalations. Les premiers doivent être faits, toutes les deux ou trois heures, avec la solution suivante :

Brome pur. . . . . } *āā* de 0,5 à 1.
Bromure de potassium. . . }
Eau distillée, 200 grammes.

Pour les inhalations (5 à 10 minutes de durée toutes les heures, ou toutes les 2 heures suivant la gravité des cas), H. emploie la solution suivante :

Brome pur. . . . . } *āa* 0,6.
Bromure de potassium . . }
Eau distillée, 300 grammes.

Les recherches expérimentales de Hiller confirment ses résultats thérapeutiques; les solutions bromées dissolvent fort bien les membranes diphtériques, et d'autre part les solutions de brome de 2 à 4 0/0 désinfectent parfaitement les liquides infectieux. L. D.-B.

**Die Behandlung der Diphtherie mit Papayotin, par SCHAEFFER. Note, par C.-A. EWALD** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 52, *p.* 808 *et* 809, 24 *décembre* 1883).

Schæffer se loue d'avoir eu recours contre la diphtérie pharyngée aux badigeonnages de la gorge, répétés de quart d'heure en quart d'heure, avec une solution, fraîche, à 5 0/0, de papayotine.

Le seul inconvénient de cette médication est sa cherté, car le gramme de papayotine coûte 5 fr. 50 c.

De 47 enfants traités de cette façon, Schæffer n'en a perdu que 2.

Considérant le haut prix de la papayotine, Ewald propose de la remplacer par la pancréatine (pancréatine sèche du commerce, ou extrait glycériné de tissu pancréatique frais) qui, comme elle, représente la solution alcaline d'un ferment capable de dissoudre l'albumine coagulée (*R. S. M.*, XXII, 150.) J. B.

**Traitement de la diphtérie, par POULLET** (*Lyon méd., p.* 426, 25 *novembre* 1883).

L'auteur a employé dans un cas de diphtérie, chez un enfant de trois ans les pulvérisations de liqueur de Van Swieten (solut. de sublimé au 1000e). On donna en même temps une dose quotidienne de 3 grammes iodure de potassium. L'enfant guérit rapidement. A. C.

**Beitrage zur Therapie der Magenkrankheiten (Contribution au traitement des maladies de l'estomac), par W. LEUBE** (*Zeitschr. f. klin. Med., Band VI, p.* 189).

Dans son mémoire Leube étudie le traitement des maladies de l'estomac et passe successivement en revue l'influence du régime, du lavage de l'estomac, de la pepsine et de l'acide chlorhydrique, enfin dans un dernier chapitre il parle de quelques médicaments d'une importance secondaire.

1° *Du régime.* — Le régime est le mode de traitement le plus important dans le cas particulier. Tout en admettant que chacun a ses aptitudes digestives spéciales, l'auteur indique quatre régimes successifs, s'appliquant au plus grand nombre des malades, et dans lesquels il passe des aliments les plus faciles à digérer à ceux qui le sont moins.

Le premier régime comprend le bouillon, la solution de viande, le lait, les œufs mollets et crus.

Le second régime comprend la cervelle de veau, les ris-de-veau, le poulet, le pigeon.

Le troisième régime est constitué par l'addition de bœuf cru au régime précédent, et aussi de jambon cru râpé (si étrange, ajoute l'auteur, que ceci puisse paraître au premier abord).

Le quatrième régime comprend le chevreuil, le perdreau (le lièvre est moins à recommander), le rosbif saignant (surtout froid), le rôti de veau (surtout la culotte), le brochet (les truites même les plus jeunes sont difficiles à digérer), le macaroni, le bouillon au riz.

La graisse est très contraire aux malades atteints d'affection de l'estomac, c'est à peine si l'on doit permettre un peu de beurre frais avec le quatrième régime.

2° *Emploi thérapeutique de la sonde stomacale.* — Le lavage de l'estomac donne des résultats merveilleux dans la dilatation de cet organe, Malheureusement on retire des aliments en partie digérés qu'il serait bien préférable de faire passer dans l'intestin. Malheureusement on ne peut y arriver ni par les moyens mécaniques, ni en acidifiant les matières de l'estomac, comme avait cherché à le faire l'auteur.

Ayant en effet remarqué l'acidité plus grande des matières à la fin de la digestion, il avait supposé que cette acidité pouvait devenir la cause de la contraction stomacale.

A quel moment doit être fait le lavage ? Quand il est pratiqué dans un but thérapeutique, l'heure la plus convenable est le matin avant le déjeuner ; quand il est pratiqué dans un but diagnostique il faut le faire le soir environ sept heures après le dernier repas. Quand le lavage est fait le soir, il est souvent bon de laisser l'estomac vide, on laisse ainsi un certain temps reposer l'organe et on ne l'oblige pas à un travail continu.

3° *Emploi de l'acide chlorhydrique et de la pepsine.* — L'acide chlorhydrique est souvent utile, beaucoup de malades n'ayant pas une acidité suffisante du suc gastrique, mais souvent aussi il échoue sans qu'on sache pourquoi. Il semble que l'association de la pepsine à l'acide chlorhydrique soit indiquée, mais dans la plupart des cas cette vue est toute théorique, comme on peut s'en assurer par des lavages de contrôle. Il semble que la présence d'un suc gastrique artificiel (acide chlorhydrique et pepsine) réduise la secrétion du suc gastrique naturel.

4° *Emploi de diverses médications.* — Le sous-nitrate de bismuth, le nitrate d'argent, le quassia amara sont sans action. L'écorce de Condurango excite l'appétit et améliore les digestions. Les eaux minérales doivent être prises en petite quantité, et à petites doses chaque fois ; lorsque leur température est supérieure à 35° elles peuvent être très dangereuses dans l'ulcère de l'estomac. — Le fer est difficilement supporté et n'est indiqué que dans les affections d'estomac liées à la chlorose. Le sulfate de quinine sera administré exclusivement aux dyspeptiques par malaria. M. DEBOVE.

**Traitement de la diarrhée chronique, dite de Cochinchine, au moyen de la peptone, par Bazile FÉRIS** (*Arch. de méd. nav., novembre* 1883, *et Bull. de la Soc. de thérap.*, 25 *octobre* 1882).

**Des procédés artificiels de digestion dans le traitement de l'entérite chronique des pays chauds, par E. GIRAUD** (*Thèse de Bordeaux,* 1883).

Ces deux travaux sont faits sous l'influence des mêmes idées. La diarrhée de Cochinchine n'a rien de spécial; c'est tout simplement, dit M. Féris, une entérite chronique ordinaire qui puise sa gravité toute particulière dans l'action énergique de quelques modificateurs étiologiques dans les pays chauds. Le résultat de cette entérite est la disparition des glandules digestives, d'où dyspepsie intestinale d'abord, puis bientôt stomacale, buccale, biliaire et pancréatique.

L'indication consiste à laisser le tube digestif dans un repos aussi complet que possible de façon à lui permettre de limiter le processus inflammatoire et de réparer ses lésions. Elle est remplie par l'administration d'aliments transformés ou facilement transformables.

Aussi, selon MM. Féris et Giraud (E.), le traitement doit être formulé de la façon suivante : Vu l'insuccès reconnu de tous les médicaments employés, le régime est la seule thérapeutique possible. Dans les cas graves, on donnera des aliments transformés, la peptone ; plus tard des aliments très assimilables, le lait, la poudre de viande ; puis de la viande crue, des œufs, etc., et on facilitera le travail digestif par l'administration simultanée de la maltine, de la pepsine et de la pancréatine. C'est ainsi qu'on revient peu à peu et avec précaution au régime ordinaire.

C. Z.

**On early tapping in cases of ascistes (De la ponction précoce de l'ascite), par Austin FLINT** (*Brit. med. Journ., p.* 565, *septembre* 1883).

Il est admis généralement que l'on ne doit ponctionner, en cas d'ascite, que lorsqu'on ne peut plus faire autrement; parce que cette opération, en somme, est suivie de collapsus ou de péritonite, presque toujours de réci-

dive rapide de l'épanchement et, par suite, que la répétition amène une spoliation considérable et un affaiblissement rapide du malade.

Flint, dans sa communication, combat successivement toutes ces objections, et conclut qu'en cas d'ascite la ponction précoce est toujours préférable. Il cite à l'appui douze observations, dans lesquelles la paracentèse fut suivie de guérison. Deux de ces observations sont particulièrement intéressantes : elles ont trait à des individus qui eurent vraisemblablement de la thrombose de la veine porte et qui durent être ponctionnés dix fois dans l'espace de quelques mois : néanmoins la guérison survint, et elle était encore complète, dans l'un des cas, onze ans après l'opération. H. R.

**De l'eau oxygénée; sa préparation à l'état de pureté; ses applications à la chirurgie et à la médecine, par BALDY** (*In*-8°, *Paris*, 1883.)

Lorsqu'on l'emploie en thérapeutique, l'eau oxygénée, difficile à préparer, doit être neutre ou très légèrement acide. Sous l'influence de l'eau oxygénée, comme le démontrent les expériences de laboratoire, ce qu'a prouvé le Dr Regnard, les fermentations s'arrêtent, les bactéries et leurs spores sont immobilisées, si elles ne sont pas tuées immédiatement, de nouvelles doses d'eau oxygénée ne tardent pas à les détruire.

A l'état aigu, sur des plaies fraîches, il ne s'agit que de prévenir une fermentation; il faut donc employer l'eau oxygénée à faible dose; il n'en est pas de même pour les vieilles plaies, les ulcères variqueux, etc.; on peut, dans ces cas, se servir d'eau contenant 6 à 10 volumes d'oxygène.

Dans les affections cutanées parasitaires, telles que le pityriasis, l'herpès circiné, l'eau oxygénée a donné de bons résultats; de Sinèty la préconise dans la vaginite et la blennorragie; Landolt dans l'ophtalmie purulente. L'auteur aurait obtenu également d'heureux effets, en donnant à des diabétiques, dans les vingt-quatre heures, de 5 à 30 grammes d'une solution d'eau oxygénée à 8 volumes; mais ces faits sont encore peu nombreux pour que ces conclusions puissent être regardées comme définitives. Dans la diphtérie, le muguet, les ulcérations syphilitiques du pharynx, etc., l'eau oxygénée comme pansement local aurait également donné d'excellents résultats. W. OETTINGER.

**Recurrens und Kairin, par FREYMUTH et POELCHEN** (*Deutsche med. Woch. n*os 14, 15 *et* 16, 1883).

Les auteurs ont expérimenté la kairine à Dantzig dans 14 cas de fièvre récurrente en administrant le médicament par la bouche, ou, pour éviter les phénomènes gastriques, par l'anus; ils ont eu recours également aux injections sous-cutanées. Les doses ont dépassé souvent celles qu'emploie Filehne; elles se sont élevées jusqu'à 80 centigrammes et 1 gramme pour obtenir une rémission de quelques heures et, le plus souvent, il n'a pas été possible d'interrompre même pendant les périodes d'apyrexie. Ces hautes doses ont déterminé assez vite des vomissements ou du collapsus. Les injections sous-cutanées ont causé en général une assez vive douleur, 2 fois elles furent suivies de suppuration et presque toujours elles laissèrent subsister des nodules sous-cutanés sensibles à la pression.

La kairine peut-elle produire autre chose dans la fièvre récurrente que

l'abaissement de la température? Exerce-t-elle son influence sur les éléments spécifiques de cette maladie, sur les siprilles du sang? C'est ce que les auteurs ont recherché. Chez tous leurs malades sauf un seul, les spirilles ont persisté pendant toute la durée des accès, quel que fût le degré de la fièvre, en conservant leur mobilité normale. Dans le cas qui a constitué l'exception unique à cette règle, on a vu l'accès se déclarer par du malaise, des sueurs et du frisson; mais, comme la kairine avait été administrée immédiatement, la température resta normale pendant 25 heures et les spirilles, arrêtées dans leur développement, n'existèrent qu'en fort petit nombre. Dès que la température atteignit 40°, les spirilles apparurent en grande quantité.

Voilà le seul cas où la kairine ait paru agir sur les spores de la fièvre récurrente. Jamais elle n'a éloigné les accès qui se sont toujours reproduits le 15e jour, suivant la règle. Elle n'a jamais diminué leur durée.

Pour conclure, les auteurs reconnaissent que, dans une maladie bénigne comme la fièvre récurrente, il n'y a pas grand avantage à obtenir un abaissement de température, tant qu'on ne peut attaquer les organismes infectieux; que la kairine, médicament difficile à manier, expose les malades à des accidents tels que les vomissements, la cyanose et le collapsus, et que par conséquent son emploi ne doit pas être conseillé dans la fièvre récurrente. L. GALLIARD.

**Ueber die antipyretische Wirkung des Kairin, par L. RIESS** (*Berlin. klin. Woch., n° 53, p. 817, 31 décembre* 1883).

Riess a expérimenté la kairine chez 25 fébricitants dont 11 typhoïdiques, 5 pneumoniques et 4 paludéens.

Administrée à la dose de 3gr,5 au 9e jour d'une fièvre typhoïde, la température qui oscillait entre 39 et 40° est tombée à 35°,8, le pouls à 36, dans l'espace de 4 heures; en même temps, le malade avait une cyanose intense. Tous ces accidents ont d'ailleurs rapidement cédé à des stimulants.

La dose de 3 grammes de kairine n'a jamais déterminé d'accidents, mais comme son action anti-pyrétique n'a pas paru plus marquée que celle des doses de 2gr,5 et même de 2 grammes, c'est à ces dernières que Riess s'est généralement tenu.

Dans la fièvre intermittente, l'effet de la kairine n'est pas plus constant que celui de l'acide salicylique.

Dans la fièvre typhoïde, son action est moins énergique et moins durable que celle de l'acide salicylique.

En revanche, la kairine offre, sur les autres antipyrétiques, l'avantage de ne pas présenter de phénomènes accessoires désagréables (bourdonnements d'oreilles, céphalalgie) et d'exercer une heureuse influence sur les symptômes cérébraux, en supprimant souvent la stupeur des typhoïdiques. C'est un point que la kairine a de commun avec l'hydrothérapie, sans pourtant l'égaler.

Les seuls symptômes physiologiques incommodes sont les sueurs qui sont souvent plus considérables et plus prolongées qu'avec l'acide salicylique et les frissons, qui semblent difficiles à éviter quand on administre la kairine à de fortes doses.

Quant à une influence sur la durée de la maladie, le nombre d'observations est encore trop restreint pour permettre de se prononcer. Mais Riess, contrairement à ceux qui la nient dors et déjà, la croit très vraisemblable en raisonnant par analogie. Pour lui, en effet, il est indubitable que dans la fièvre typhoïde, un traitement antipyrétique méthodique par les bains permanents ou par l'acide salicylique raccourcit l'étendue du cycle fébrile de la maladie. J. B.

**I. — Il jaborandi in alcune affezioni cardiache, par E. DE RENZI et RUMMO** (*Rivista clin. et terap., mars* 1882).

**II. — Sulla produzione del sudore in varie malattie et sugli effetti della pilocarpina, par DE RENZI** (*Rivista clin. e terap., mai* 1883).

I. — Le jaborandi fut employé sur deux malades atteints d'insuffisance aortique; il diminua la fréquence du pouls, la dyspnée, les palpitations, l'insomnie et les râles bronchiques.

De Renzi croit que, d'une part, le médicament renforce le myocarde et régularise ses contractions; d'autre part, en favorisant les sécrétions sudorale, salivaire, intestinale et pulmonaire, il rétablit l'équilibre troublé dans la tension des vaisseaux pulmonaires et favorise la résorption de l'œdème des alvéoles.

II. — L'auteur conclut des expériences cliniques qu'il a faites avec la pilocarpine dans diverses affections, que les altérations des centres et des nerfs moteurs crâniens et spinaux ainsi que de leurs rameaux périphériques, se présentant soit sous forme de paralysie, soit sous forme d'ataxie, produisent toujours une diminution dans cette apparition artificielle de la sueur. La névralgie du trijumeau arrête même cette sécrétion à la face.

En revanche, un processus irritatif des nerfs, comme par exemple l'irritation des intercostaux dans la pleurésie, favorise beaucoup la sécrétion de la sueur du côté affecté.

Ces faits sont une nouvelle preuve que la sécrétion sudorale est sous la dépendance du système nerveux. B. FÉRIS.

**Recherches comparatives sur l'action physiologique du muguet et de la digitale, par COZE et SIMON** (*Bull. gén. de thér., décembre* 1883).

Ces expériences intérressantes, accompagnées de tracés, peuvent se résumer de la manière suivante :

1° On obtient avec le muguet, comme avec la digitale, une période utile de ralentissement des contractions du cœur avec augmentation d'amplitude;

2° La durée de cette période utile a été à peu près la même pour les deux médicaments;

3° L'augmentation d'amplitude a toujours a été à l'avantage du muguet;

4° Le muguet n'a jamais présenté, comme la digitale, une période dangereuse caractérisée par un arrêt prolongé du cœur intercalé entre deux séries de pulsations régulières ralenties. BAZILE FÉRIS.

**Therapeutische Mittheilungen (Communications thérapeutiques sur la convallaria et le quebracho), par MARAGLIANO** (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 43, 1883).

1° Recherches sur la *convallaria* (extraits aqueux et alcooliques, convallarine, convallamarine), dont voici les conclusions. Dans une première série d'expériences faites par Lourie on nota l'élévation de la pression artérielle, le renforcement du pouls, enfin d'habitude le ralentissement du pouls et de la respiration.

Dans une 2e série d'expériences faites par Ampugnani et Queirolo on eut les résultats suivants : Augmentation, parfois très marquée de la diurèse, modifications peu marquées du pouls et de la respiration; pas de modifications ou légère élévation dans la pression artérielle.

Cliniquement Maragliano a obtenu de bons effets de la convallaria dans les affections valvulaires avec asthénie cardiaque (neuf fois sur treize cas), mais a échoué dans les pleurésies. C'est un bon succédané de la digitale. Maragliano préfère la convallamarine aux autres préparations tirées du muguet.

2° Recherches sur le *quebracho* et ses dérivés, l'aspidospermine et la quebrachine.

Ces substances ralentissent les mouvements respiratoires et les pulsations artérielles, n'influencent pas la pression sanguine : elles ne paraissent avoir qu'une utilité thérapeutique secondaire.

Maragliano a employé l'extrait alcoolique de quebracho à la dose de 10 grammes, les sulfates et chlorhydrates de quebrachine et d'aspidospermine à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme par jour, sans avoir de phénomènes d'intolérance. Des doses fortes produisent des malaises et des troubles gastriques. On peut aussi administrer ces sels en injections hypodermiques (5-10 centigrammes par injection). L. D.-B.

**Gerbsäures Cannabin als hypnoticum (Le tannate de cannabine comme hypnotique, par PUSINELLI** (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 1, *p.* 7, 7 *janvier* 1884).

D'après Merck, la cannabine se décompose vite, tandis que son tannate se conserve très bien. Ce sel offre sur l'extrait de chanvre indien, l'avantage d'être débarrassé d'une huile éthérée extrêmement toxique, formée de cannabène et d'hydrogène cannabéné.

Le tannate de cannabine se présente sous l'aspect d'une poudre brun jaunâtre, insoluble dans l'eau et l'éther, à peine soluble dans l'alcool, d'odeur non désagréable et de saveur amère tannique. Le microscope le montre constitué par des lamelles anguleuses, amorphes, brunâtres.

C'est Frommüller (*Memorabilien*, 1882) qui a le premier vanté les effets hypnotiques du tannate de cannabine, en célébrant sa supériorité sur la morphine, à cause de son action plus douce et plus inoffensive.

L'ayant employé à des doses de 0gr,1 à 1gr,5 dans 64 cas d'insomnies liées à diverses maladies, il ne compta que 12 insuccès.

A sa suite, Hiller (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1883, nos 8 et 9) y a eu également recours avec profit.

Pusinelli a prescrit la poudre de tannate, avec ou sans addition de sucre, aux mêmes doses que Frommüller, dans 9 cas d'insomnie purement

nerveuse, et dans 54 d'insomnie accompagnant quelque affection aiguë ou chronique. La majeure partie de ces malades étaient habitués à prendre de la morphine. 34 fois, il en a obtenu un résultat satisfaisant; 29 fois, l'action soporifique a été incomplète ou nulle.

Comme phénomènes accessoires, il a noté 6 fois de la lourdeur de tête et quelques étourdissements au réveil; 5 fois des vomissements; 4 fois de l'agitation et une exagération de l'insomnie; 2 fois de la sécheresse de la gorge.

Une supériorité de la cannabine sur la morphine, c'est qu'elle ne cause ni sueurs, ni constipation.

Pusinelli conclut que le tannate de cannabine est un soporifique à effets doux et inoffensifs, indiqué dans l'insomnie nerveuse et dans celle des maladies chroniques non douloureuses. En revanche, ce n'est nullement un anodin, car c'est à peine s'il atténue l'insomnie des phtisiques occasionnée par la toux.

La dose convenable pour l'adulte est de 50 centigrammes à 1gr,5. L'accoutumance ne se produit que lentement.

Le moment le plus propice à l'administration du médicament est de neuf à dix heures du soir. (*R. S. M.*, III, 519; VII, 200; X, 493; XIX, 229 et XXI, 297.) J. B.

---

# PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

**Leçons de clinique médicale, par E. LANCEREAUX** (*Paris*, 1883).

La série de leçons que vient de publier M. Lancereaux présente un très vif intérêt, dû à la fois au choix heureux et plein d'actualité de la plupart des sujets qui y sont traités, et aux qualités éminentes de méthode et d'érudition qu'elles attestent. Donner une analyse d'un ensemble aussi complexe et varié est bien difficile; on ne peut qu'en indiquer l'esprit général. Ce qui domine dans ces leçons, c'est l'absence voulue de tout dogmatisme abstrait et préconçu, c'est la recherche persévérante de la vérité clinique contrôlée et dirigée au besoin par les investigations anatomo-pathologiques. Peu de théories, mais des faits bien observés, s'éclairant et se complétant les uns les autres, accompagnés de commentaires sobres et précis. C'est dire combien la lecture de ces leçons est instructive, d'autant que presque tous les sujets traités sont actuellement à l'ordre du jour de la science. Pour ne nommer que les principaux, citons les leçons sur : le diabète maigre comparé au diabète gras, et envisagé dans ses rapports avec les lésions du pancréas — les hémorragies névropathiques — les troubles vaso-moteurs et trophiques liés à l'alcoolisme et à quelques autres intoxications chroniques (pâleurs et sueurs froides, asphyxie locale, œdème et gangrène des extrémités). — L'artérite généralisée, avec les lésions viscérales multiples qu'elle engendre — les déplacements du rein — les néphrites, interstitielles et épithéliales, etc.

Sur toutes ces questions, l'auteur apporte une riche moisson de faits, et expose des idées personnelles qui toujours intéressent vivement, même quand elles ne parviennent pas tout à fait à pleinement convaincre.

A. CHAUFFARD.

**Traité théorique et pratique de la dysenterie. Diarrhée et dysenterie aiguës et chroniques, par L.-J.-B. BÉRENGER-FÉRAUD** (*Un vol. in-8°, Paris*, 1883).

Bérenger-Féraud a passé douze années à recueillir les matériaux de ce livre, qui est l'expression de sa longue pratique en Algérie, au Sénégal, aux Antilles et à l'hopital de Saint-Mandrier, ce grand collecteur des maladies coloniales; c'est dire assez l'intérêt qui s'attache à cette œuvre capitale.

Pour l'auteur la diarrhée, exotique ou non, et la dysenterie, ne sont que deux étapes d'une même entité morbide, la dysenterie. Qu'elle soit dite épidémique, endémique ou sporadique, la dysenterie ne présente que des différences de minime importance sous le rapport de la symptomatologie ou du traitement. Qu'on l'appelle dysenterie à frigore, infectieuse, des pays chauds, elle est toujours due d'une part aux brusques variations de la température et de l'humidité, et de l'autre à la dépression de l'individu (alimentation défectueuse, fatigues, etc...), à moins qu'un seul de ces deux facteurs ne soit en jeu. La condition fondamentale de sa pathogénie est un trouble dans la fonction biliaire ; sous l'influence des causes occasionnelles se produit une débâcle bilieuse intempestive, amenant une desquamation exagérée de l'intestin, soit la diarrhée; si les accidents vont jusqu'à la vésication, on a la dysenterie, etc. La dysenterie n'est pas due à un miasme, et la diarrhée de Cochinchine, simple exagération de ce qu'on voit dans les autres colonies, n'est pas de nature parasitaire.

La dysenterie n'est pas contagieuse. Toutes les races sont égales devant la maladie, soit pour la contracter soit pour y résister; seules certaines conditions spéciales de la manière de vivre garantissent quelquefois.

La dysenterie se rencontre partout; elle est plus fréquente dans le Midi, mais il n'y a pas un rapport constant entre sa fréquence ou sa gravité et la latitude; elle n'appartient pas plus à l'hémisphère boréal qu'à l'hémisphère austral ; à latitude égale elle est plus grave dans les pays où les oscillations de la température et de l'humidité sont les plus longues et les plus fréquentes. Quant à la diarrhée dite d'acclimatement, loin d'être une sorte de tribut après lequel le nouvel arrivé se trouve dans les conditions physiologiques voulues par le climat, c'est un accident pathologique, première attaque du long assaut qu'il va avoir à subir.

Bérenger divise les flux du ventre en trois groupes : 1° aigus ; 2° de transition ; 3° chroniques. Les flux de transition touchent en même temps à l'état aigu et à l'état chronique ; ce sont des rectites ou des colites succédant à la diarrhée ou à la dysenterie ou bien s'établissant d'emblée après la constipation; ces formes sont remarquables par l'écart entre le maintien de l'état général et les selles sanglantes, purulentes. Bérenger ne croit pas à la dysenterie grave (3° degré) survenant d'emblée; il pense que dans ces cas les échelons sont simplement parcourus plus vite que de

coutume; de même il estime que, dans la dysenterie chronique réputée spontanée, l'état aigu a été de très courte durée ou que la période de réaction initiale a fait défaut, l'organisme étant trop déprimé.

La thermométrie de la dysenterie est à faire; néanmoins lorsque la température s'élève tout à coup dans le cours d'une dysenterie qui paraissait aller mieux, parce que les selles étaient moins nombreuses et moins mauvaises, on peut démêler le début d'une complication hépatique avant même l'apparition de la douleur de côté. Dans la dysenterie grave un abaissement insolite peut indiquer la venue prochaine d'un état algide. Dans la dysenterie et la diarrhée chroniques un brusque ressaut de la température soit en haut, soit en bas, montre l'imminence d'un accident: perforation, péritonite, hépatite, accès pernicieux, etc. Du reste, la fièvre paludéenne et la dysenterie peuvent évoluer parallèlement, réagir l'une sur l'autre, s'additionner et même se compliquer; c'est ce qu'on appelle la forme paludéenne. Quant à la forme typhoïde, son caractère spécial est due à une véritable infection putride.

Parmi les reliquats de la dysenterie il convient de citer, en dehors des fistules, les varices intestinales dues probablement aux phlébites des veines mésaraïques, et à la diminution de capacité du système veineux de l'intestin qui en résulte. Les symptômes de ces hémorrhoïdes sont très obscurs; mais on sait qu'elles ont une tendance à se congestionner et quelquefois à fluer comme celles de l'anus.

Quant au traitement, le régime lacté en est la clef de voûte; comme médicaments, le sulfate de soude, l'huile de ricin, l'ipéca suffisent; mais il faut les donner avec persistance, méthode, en agissant concurremment par la bouche et le rectum; les préparations opiacées conviennent le soir; deux, trois ou quatre lavements par jour ne sont pas moins nécessaires.

C. ZUBER.

I. — **Éléments de pathologie exotique, par Maurice NIELLY** (*In*-12, *Paris*, 1882).

II. — **La matière médicale exotique, par FÉRIS** (*Archives de médecine navale*, *n°* 1, 1883).

III. — **Leçons sur la peste, par BOURRU** (*Ibid.*, *n°* 1, 1881).

IV. — **Sur les fièvres paludéennes, par D'ABBADIE** (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 18 *septembre* 1883).

V. — **Géographie des épidémies de fièvre jaune, par BOURRU** (*Broch. in*-8°, *Paris*, 1883).

VI. — **Revue critique sur une nouvelle théorie de la fièvre jaune, par CORRE** (*Arch. de méd. navale*, *n°* 1, 1883).

VII. — **Température locale dans la diarrhée de Cochinchine, par BERTRAND** (*Ibid.*, *n°* 9, 1882).

VIII. — **Le béribéri d'après les travaux brésiliens, par FÉRIS. — Étude sur la nature du béribéri, par LE MÊME** (*Ibid.*, *n°s* 6-8, 1883).

IX. — **Un cas de béribéri; examen histologique de la moelle, par TREILLE** (*Ibid.*, *n°* 8, 1883).

X. — **La maladie de Ballingall (pied du Maduré), par CORRE** (*Ibid.*, *n°* 2, 1883).

**XI. — Un cas d'ainhum, par E. ROCHARD** (*Ibid.*, *n°* 6, 1883).

**XII. — Étude sur l'ainhum, par A. BREDIAM** (*Thèse de Bordeaux*, 1881).

**XIII. — Sur un insecte diptère nuisible de Terre-Neuve, par TREILLE. — Note sur ce travail, par LABOULBÈNE** (*Arch. de méd. navale*, *n°* 9, 1882).

I. — La pathologie exotique n'a été jusqu'à présent étudiée que dans les monographies, mémoires, revues, etc., un jour ou l'autre un travailleur devait être conduit, en présence du développement rapide de cette science née d'hier, à coordonner ces faisceaux épars. Le mérite d'avoir tenté cette œuvre revient au professeur d'hygiène et de pathologie exotique de Brest, qui offre au public médical la substance de son enseignement.

Nielly ne s'est pas contenté de décrire les maladies exotiques proprement dites, il a également étudié les modifications imprimées par les climats aux maladies de notre pays. Dans son travail il a passé au crible de la critique les théories nouvelles, les découvertes récentes : ce sont ces points particulièrement intéressants que nous allons rapidement mettre en lumière.

Le livre est divisé en trois parties : La première traite des maladies *infectieuses*, fièvre jaune, choléra, peste, typhus, dengue, affections palustres. — Nielly se range à l'opinion de Bérenger-Féraud, et regarde la fièvre bilieuse inflammatoire comme une deuxième modalité de la fièvre jaune; ce seraient ces diminutifs du typhus amaril qui donneraient aux créoles leur immunité; quant au noir, il peut perdre son privilège de race, si la localité, où la fièvre jaune se déclare, a joui d'une longue période d'immunité. — L'histoire des épidémies ne permet pas d'affirmer l'existence des trois foyers classiques d'endémicité de la fièvre jaune. La marche thermique la plus fréquente consiste dans une ascension progressive allant jusqu'à 40° le premier jour, puis dans un abaissement les jours suivants pouvant descendre jusqu'à 35°; ce chiffre est un signe favorable; dans les cas graves la rémission manque. Ensuite la température remonte à 37° dans les cas heureux, beaucoup plus haut dans les cas graves; si au lieu de remonter elle se maintient à 35° c'est un indice que la situation s'aggrave. Quant à l'ictère, il serait hémaphéique.

Le choléra ne serait transmissible de l'homme à l'homme que sous la réserve d'une action intermédiaire émanant du sol, du climat, de la localité. Le N'diank du Sénégal est une variété du choléra ; il y est endémo-épidémique; comme gravité et sévérité des symptômes, il tient le milieu entre la cholérine et le choléra.

Tout en admettant l'origine spontanée de la peste dans les pays d'Orient, Nielly en reconnaît la nature transmissible et est partisan des mesures prophylactiques internationales; il donne *in extenso* le règlement français de police sanitaire maritime.

Quant à la malaria il trouve trop exclusive l'opinion de Colin sur les sols vierges. Il admet la contamination par l'eau. Les types sub-continus et pseudo-continus sont des subtilités nosologiques et doivent rentrer dans le type rémittent; les formes dysentérique, pneumonique, bronchique, hémoptoïque, pleurétique, bilieuse hématurique sont acceptées, mais la mélanurique de Bérenger-Férand, où le sang ferait défaut dans les urines, est rejetée. Le quinquina et le sulfate de quinine doivent être donnés comme préventifs.

La deuxième partie du livre est consacrée aux *maladies des organes et appareils*, et l'on doit savoir gré à l'auteur d'avoir mis un peu d'ordre dans ce dédale d'affections bizarres à noms étranges. — Les fleurs d'Islande, les panaris de Saint-Pierre, les ulcères des saleurs ne sont que des inflammations professionnelles. Sous le nom d'eczéma tropical Nielly range la bourbouille, la gale bédouine, etc., toutes affections déterminées par l'exagération sudorale; il y rattache les furoncles des pays chauds. Il réunit en un même groupe tous les boutons exotiques, moins la verruga; il n'accepte pas pour eux l'étiologie parasitaire. Les ulcères des pays chauds ne diffèrent de ceux de nos pays que par leur fréquence et leur gravité; quand ils nécessitent l'amputation, l'incision des téguments doit dépasser la zone anesthésiée, sous peine de gangrène du moignon.

Nielly n'admet pas l'identité de la lèpre, de l'Aïnhum et de la Pinta; en dehors du traitement général de la lèpre il réclame un traitement local, et donne tout au long les traitements par le suc d'assacou, l'hydrocotile asiatique, l'huile des graines de chaulmoogrà, le hoang-nan, qui tous ont des succès à leur actif.

Il tend à attribuer la production du Fongus de l'Inde au cryptogame de Carter; malgré les succès du traitement antisyphilitique dans la cure du Bouléas du Brésil il n'ose se prononcer sur la nature de cette affection.

Sous le nom de lymphoses sont heureusement groupés l'éléphantiasis des Arabes, les tumeurs des ganglions et vaisseaux lymphatiques, l'hémato-chylurie, et les érysipèles des pays torrides, dont la nature parasitaire n'est pas acceptée.

Le coup de soleil et le coup de chaleur ne sont pas deux entités morbides toujours distinctes.

Les diarrhées exotiques sont des affections non parasitaires, mais distinctes de la dysenterie.

L'hépatite des pays chauds n'est pas la conséquence du soi-disant rôle vicariant du foie.

La tuberculose de l'Européen a la forme galopante dans les zones torrides.

Le tétanos exotique reconnaît comme principal facteur le refroidissement, mais le mode d'innervation physiologique propre aux races nègre et hindoue constitue une prédisposition.

La maladie du sommeil reste africaine, atteint spécialement les noirs et est probablement héréditaire.

Le béribéri est probablement un scorbut, modifié par la race et dû à la pauvreté du régime alimentaire en albuminates et graisse.

Parmi les anémies tropicales, celle qui porte le nom de mal de cœur est due à l'ankylostome duodénal; celle dite d'acclimatation est un pas vers l'état morbide; il y a une forme galopante sans antécédents palustres.

La syphilis européenne rebelle trouve dans les climats torrides des conditions favorables à sa guérison; la syphilis contractée par les Européens dans les climats torrides a souvent un caractère de gravité tout particulier; la syphilis des indigènes des pays torrides trouve dans les conditions atmosphériques de ces climats une influence favorable qui la rend bénigne.

La troisième partie du livre traite des *animaux et végétaux nuisibles* et n'est en réalité qu'un chapitre de zoologie et de botanique médicales.

II. — Ce discours n'est pas une simple énumération des drogues fournies par les pays exotiques; chaque plante est accompagnée du résumé de nos connaissances sur son action physiologique et thérapeutique, et de la relation des circonstances qui ont engagé les divers auteurs à utiliser ces substances. Féris voudrait que dans chaque colonie les médecins de la marine formassent une pharmacopée indigène, leur permettant en cas de séparation de la mère-patrie, de faire face à toute éventualité.

III. — Leçons professées à l'Ecole de médecine navale de Rochefort. La 1re est consacrée à l'histoire et à la géographie de la peste; la 2e s'occupe de son origine géographique; la 3e leçon confirme notre ignorance de la génèse de cette terrible maladie; la 4e traite de la transmissibilité et de la contagion. Frappé de voir le domaine de la peste se rétrécir, se concentrer, M. Bourru pense que sa marche rétrograde nous rapproche de son berceau, qu'il plaçait au pied des dernières pentes de l'Himalaya, et peut-être au Thibet, mais les renseignements fournis par l'abbé Desjardins, qui depuis plus de vingt ans habite ces régions, démontrent que jamais la peste n'a passé par là.

M. Bourru est contagioniste; il pense que le véhicule ordinaire est l'air, mais avec une diffusion étroite; sans nier la contagion immédiate il la trouve bien difficile; l'inoculation lui semble probable, et il admet la transmission par objets contaminés, par cadavres.

La 5e leçon traite du milieu épidémique, de la prédisposition individuelle; l'auteur admet que certaines conditions de température sont nécessaires pour l'évolution de la peste, et que les épidémies se développent et se perpétuent dans les localités dont le sol est perméable et humide.

Cet exposé didactique de la peste est très remarquable comme érudition, comme clarté, et comme appréciation judicieuse des documents publiés. C. ZUBER.

IV. — Les fièvres paludéennes règnent d'une manière terrible dans les terres basses de l'Ethiopie. Cependant les chasseurs d'éléphants, natifs des plateaux, bravent impunément les régions les plus délétères et attribuent cette immunité à l'habitude qu'ils ont de s'administrer, tous les jours, des fumigations de soufre sur le corps nu. Or, il se trouve qu'en Sicile, pour ce qui est des soufrières établies en des points où règnent des fièvres intermittentes, tandis que la population des villages voisins est atteinte par ces fièvres dans la proportion de 90 0/0, les ouvriers des soufrières n'y sont que très peu sujets. Enfin, autre fait non moins significatif, la ville de Zephyria, au fond de la rade de Milo, ville qui comptait il y a trois siècles plus de quarante mille habitants, est aujourd'hui déserte, ses habitants ayant été enlevés jusqu'au dernier par les fièvres paludéennes; or, l'invasion des fièvres a coïncidé ici avec la cessation de l'exploitation du soufre à Kalamo, c'est-à-dire que Zephyria s'est dépeuplée depuis qu'elle n'est plus soumise aux émanations des soufrières. M. DUVAL.

V. — Ce travail débute par un résumé succinct mais très complet de l'histoire de la fièvre jaune et de ses étapes successives. Bourru démontre avec preuves à l'appui que sauf aux Antilles et au Mexique, ce fléau a

toujours été importé. Partant de ce que la fièvre jaune, après avoir été endémique pendant trente ans sur toute la côte orientale des Etats-Unis, y a disparu depuis trente années, grâce aux mesures préventives, notre confrère réclame pour notre pays et nos colonies l'adoption de pareilles précautions hygiéniques; il réclame la création de médecins sanitaires dans les ports où règne la fièvre jaune, à l'instar de ceux qui veillent déjà pour nous, des bouches du Danube à Djeddah et à Tripoli. Cette communication a été faite au Congrès des sociétés de géographie de Bordeaux, dans l'intention de développer parmi les géographes et les commerçants un courant d'opinion en faveur de ces mesures préventives.

VI. — Finlay considère la fièvre jaune comme une affection zymotique, dont le virus se localise dans les cellules de l'endothélium vasculaire, il en résulterait une diminution de la résistance de cette membrane, une filtration exagérée de la partie liquide du sang, qui serait ainsi concentré et épaissi.

M. Corre oppose à cette théorie : 1° que la stéatose se trouve aussi considérable dans d'autres pyrexies graves; 2° qu'elle peut faire défaut; 3° que d'autres observateurs n'ont pas trouvé le sang concentré; 4° que l'intégrité des hématies ne lui paraît pas conciliable avec la production d'ictère hémaphéïque.

Quant au moustique, qui puiserait sur les malades avec le sang le principe contaminateur, qu'il inoculerait par ses piqûres aux personnes saines, M. Corre oppose les épidémies déclarées sous des latitudes ou en des saisons incompatibles avec les conditions d'existence des moustiques.

VII. — Dans la diarrhée de Cochinchine : 1° quand les selles sont liquides, fréquentes, copieuses, lientériques, surtout quand elles le deviennent brusquement, comme par exemple à la suite d'un écart de régime, la température axillaire restant à 37°, celle des parois abdominales et du rectum s'élève. On peut observer à l'abdomen 37°,5, au rectum 38,4.

2° Chez les individus dont l'état s'améliore, chez ceux qui entrent en guérison, la température axillaire est plus près de 36°,5 que de 37°; la température abdominale est fixe et sensiblement égale à la température axillaire; la température rectale conserve son écart physiologique de 1°.

VIII. — Dernièrement Fontan s'efforçait (*Arch. de méd. nav.*, 1882) de rayer l'aïnhum du cadre des entités morbides; aujourd'hui Féris fait le même procès au béribéri. Cette thèse a sans doute été inspirée par les travaux des médecins brésiliens, qui sont en désaccord sur beaucoup de points avec les idées ayant cours dans la science au sujet du béribéri. Aussi le premier mémoire de Féris est consacré à mettre en lumière les particularités observées par nos confrères sud-américains.

Pour les médecins brésiliens, le béribéri n'est pas une maladie d'alimentation d'inanition, car « comment expliquer alors l'invasion du mal au « sein des familles entourées de toutes les commodités de la vie? Com- « ment se fait-il que les individus les plus atteints soient ceux de la « classe la plus élevée plutôt que ceux de la classe inférieure, qui, luttant « avec la misère, s'alimentent mal ou insuffisamment, et pourtant sont « précisément ceux qui payent le moindre tribut à l'épidémie? » En revanche on accorde une grande importance au climat; « il semble que ce « soit la réunion d'une température élevée et la saturation hygrométrique « qui constitue la cause la moins obscure du béribéri. » Le fait de con-

server sur le corps des vêtements mouillés et humides détermine l'éclosion de la maladie. Il n'y a pas de prédominance de race; l'acclimatement paraît nécessaire au développement du béribéri; il y a immunité absolue pour les deux âges extrêmes de la vie. Cette affection est beaucoup moins fréquente chez la femme que chez l'homme ; mais l'état puerpéral et l'allaitement en favorisent l'éclosion. L'atteinte des hommes robustes semble la règle.

Féris étudie ensuite en détail la symptomatologie; il s'étend sur les troubles du système nerveux, qui, variés et nombreux, semblent des groupes détachés des diverses affections médullaires ; de même la dyspnée, souvent mortelle, et dont aucune lésion n'explique l'intensité, la marche,les caractères, fait songer aux maladies bulbaires; même analogie entre les troubles gastriques du béribéri et ceux des maladies de la moelle.

Les médicaments, qui ont donné de bons résultats, sont les excitants vaso-moteurs.

Un fait important qui avait échappé aux médecins européens, qui ne font que passer dans les pays à béribéri, c'est la fréquence et la gravité des rechutes et récidives.

Ces jalons étant posés, Féris, dans son 2e mémoire, rejette l'origine alimentaire du béribéri, et en fait une maladie médullaire, non pas une myélite diffuse ou systématique, mais l'hydromyélie et l'hydrorachis. A l'apppui de cette opinion Féris cite l'hydropisie de la moelle constatée dans presque toutes les autopsies, la paralysie béribérique se déplaçant suivant les positions, et la similitude des symptômes du béribéri avec ceux de l'hydrorachis et de l'hydromyélie.

L'œdème dans le béribéri n'est pas mécanique, puisqu'on ne trouve pas d'obstacle à la circulation; il n'est pas dyscrasique, puisque la maladie attaque de préférence les plus vigoureux, les plus riches, et que la distribution de l'œdème est essentiellement irrégulière; c'est donc une paralysie névro-vasculaire. Le béribéri paralytique est une hydropisie de la moelle; le béribéri œdémateux est une hydropisie du tissu cellulaire.

Le béribéri résulte de l'action de deux causes :

1° Une cause somatique prédisposante : affaiblissement des vaso-moteurs et du grand sympathique;

2° Une cause cosmique, déterminante; chaleur humide et transition brusque de température.

IX. — L'examen histologique a fait reconnaître une méningo-myélite diffuse, à forme annulaire, spécialement localisée à la région cervicale et lombaire. Aussi Treille pense que la caractéristique du béribéri est une myélite diffuse, la diffusion des localisations expliquant les variétés et la marche du béribéri.

Il sépare le béribéri du lathyrisme médullaire spasmodique, parce que dans le béribéri, il y a œdème constant, pas de contracture, mais de la parésie suivie d'une paralysie progressivement ascendante et compliquée plus tard d'atrophie et de rétraction musculaires ; pas de réflexes tendineux, ni de trémulation épileptoïde des pieds quand on les redresse.

X. — Pour Collas, la maladie de Ballingall est une affection endémique de l'Inde tropicale observée jusqu'à ce jour seulement chez les natifs

et les métis, se manifestant sous l'influence d'une diathèse, qui se localise toujours soit à un pied, soit à une seule main, constituée par le développement d'une tumeur bénigne dont les éléments envahissent et détruisent les tissus de la partie atteinte. Ces éléments sont des kystes prolifères, contenant des corps d'une nature particulière, dits muriformes, en raison de leur aspect. Par tumeur bénigne, Collas entend celles dont les éléments ne repullulent pas les tissus éloignés du siège initial des lésions.

Après avoir fait avec soin l'autopsie d'un pied de Madura, Corre ne rejette pas comme Collas l'étiologie parasitaire, et il en donne les raisons suivantes : 1° les corps muriformes ne sont pas un produit de l'organisme; ils ne sont pas plus formés de matière grasse cristallisée que d'épithélium prismatique; 2° ces corps apparaissent et se développent au milieu d'une substance glaireuse, comparable à première vue au mucus et à la matière colloïde, mais en réalité très différente de ces produits organiques ; 3° les tissus sont lentement envahis, comme dissous dans cette matière glaireuse, qui n'a son analogue que dans certains produits des organismes primordiaux.

XI. — Cet article comprend : 1° un examen histologique d'une pièce ; 2° un plaidoyer en faveur de l'entité de l'aïnhum.

L'examen histologique a été fait par le professeur Bonnafy ; le tissu osseux de la phalangette est très réduit, les espaces médullaires, augmentés de capacité, sont remplis par des cellules adipeuses. En arrière de la phalangette, l'articulation a disparu ; on voit à sa place un trousseau fibreux à direction antéro-postérieure, qui s'épanouit et se termine dans le tissu cellulaire sous-cutané et sur la phalangette. Les glandes sudoripares sont conservées et l'épiderme est épaissi surtout au niveau du pédicule. En somme, c'est une sorte de fibro-lipome.

Pour E. Rochard, l'aïnhum diffère des amputations congénitales par l'âge auquel il apparaît, par sa localisation, son absence de malformations, d'amputations, d'œdème, d'éléphantiasis concomitants. Dans l'ainhum il n'y a pas dégénérescence graisseuse des parties, ce ne sont pas des éléments en voie de régression que l'on trouve, mais bien au contraire des cellules adipeuses, organisées, capables de se reproduire. Dans la sclérodactylie, la peau s'indure et se rétracte sur toute la surface du doigt, et la première phalange qui disparaît est la phalangette ; dans l'aïnhum, la phalangette persiste, quoique la phalangine ait déjà disparu. C. ZUBER.

XII. — L'auteur étudie l'aïnhum à l'aide de cinq observations personnelles et la compare avec la lèpre et la sclérodermie, auxquelles il refuse de l'identifier. Il propose, comme moyen de traitement, les incisions longitudinales perpendiculaires à l'anneau rétractile. X. ARNOZAN.

XIII. — A Terre-Neuve, des insectes, dits moustiques, deviennent en juin un véritable fléau ; ce n'est pas du culex ordinaire qu'il s'agit, mais d'un moucheron de 3 millimètres de long, à teinte généralement noirâtre et brillante, aux yeux rouge brun et aux côtés des segments abdominaux jaunâtres. Les ailes sont transparentes et irisées ; la forme est ramassée, les pattes robustes, les antennes courtes, avec un seul poil à la base, le thorax voûté. Ces caractères font classer cet insecte par M. Laboulbène dans le genre Simulia, et il pourrait prendre le nom de *Simulia hematophila*.

D'après Treille, au lieu d'une piqûre, on voit sur la peau une érosion de un tiers de millimètre environ, qui serait pratiquée au moyen d'une surface rugueuse terminant la trompe. Il se fait, paraît-il, constamment une hémorragie par la petite plaie ; quand elle fait défaut, il se produit un œdème formidable et de la fièvre.

Le traitement consiste en lavages à grande eau et en onctions grasses.

C. ZUBER.

**I. — Contribution à l'étude du non-cosmopolitisme de l'homme ; la colonisation de la Guyane par la transportation, par ORGEAS** (*Arch. de médecine navale, n°s* 3-5, 1883).

**II. — De la colonisation européenne dans les pays chauds, par Van OVERBEEK DE MEIJER** (*Revue d'hygiène, octobre* 1883).

**III. — Topographie de l'île d'Ouessant, par BOHÉAS** (*Thèse de Paris, n°* 439, 1883).

**IV. — Topographie médicale de Nossi-Bé, par GUIOL** (*Arch. de méd. navale, n°* 8, 1882).

**V. — Rapport médical sur la campagne du Kerguelen dans les mers de Chine et du Japon, par SOLLAN** (*Ibid., n°* 6, 1882).

**VI. — L'île Saint-Martin, par HAMON-DUFOURGERAY** (*Ibid., n°* 1, 1883).

**VII. — Nouvelles Hébrides, par MONIN** (*Ibid., n°* 12, 1882; *n°* 1, 1883).

**VIII. — Rapport sur la campagne du Chasseur, par GUÉRARD DE LA QUESNERIE** (*Ibid., n°* 9, 1882).

**IX. — Étude climatologique sur la station navale des mers de Chine et du Japon, par TALAIRACH** (*Ibid., n°* 6, 1883).

**X. — Chili et Pérou, par MONIN** (*Ibid., n°* 6, 1883).

**XI. — La prostitution et la syphilis au Japon, par VINCENT** (*Ibid., n°* 6, 1883).

**XII. — Le sanatorium de Kita, par Ed. DUPOUY** (*Ibid., n°* 11, 1883).

I. — De 1852 à 1868 ont été transportés à la Guyane 21,906 individus, sur lesquels 10,837 ont péri ; plus de moitié ! En dehors du climat et de la fièvre jaune, la mauvaise installation du début, faite avec précipitation, et sans connaissance suffisante des éléments de cette question si complexe, contribua à cette affreuse mortalité.

C'est ainsi que de 1852 à 1858, période de tâtonnements et d'essais, la mortalité annuelle fut de 16,62 0/0, tandis que de 1860 à 1868, où l'on fonde et développe l'établissement du Maroni, la mortalité annuelle moyenne descendit à 8,5. A partir de 1868, devant le chiffre si élevé des décès, on décida que la Guyane ne recevrait plus de condamnés, sauf quelques ouvriers ; la Nouvelle-Calédonie fut choisie comme lieu de déportation, et la mortalité moyenne annuelle n'a pas dépassé 3,15 0/0 dans cette colonie.

Orgéas ne s'est pas contenté d'examiner la mortalité des déportés, il a étudié également la natalité, cette pierre de touche de l'acclimatement. En 22 ans, 418 mariages ont été contractés au Maroni, la plupart du temps entre personnes de même race ; 14 mariages croisés ont été presque tous stériles. Sur ces 418 mariages, 215 ont été stériles ; la moyenne générale d'enfants a été de 0,9 par mariage. Les avortements

ont été aussi nombreux que les accouchements. Des 379 enfants nés au Maroni, 238 étaient décédés à la date du 1er janvier 1882 et 40 partis. Les 101 enfants survivants sont frappés de dégénérescence physique, et l'altération du type est d'autant plus apparente que les enfants sont plus avancés en âge ; aucun des enfants mâles n'est apte à la reproduction.

La race blanche, représentée par les transportés-colons du Maroni, vivant à la Guyane en cultivant le sol, est éteinte dès la première génération. L'impaludisme des parents est le grand fauteur. C. Z.

II. — Dans ce rapport présenté au Congrès international de médecins des colonies réuni à Amsterdam en 1883, le professeur d'hygiène de l'Université d'Utrecht, se basant principalement sur les résultats des colonisations dans les Indes néerlandaises, arrive aux conclusions suivantes :

1° La colonisation européenne *dans les plaines* des pays chauds conduit fatalement à une mort prématurée, quand les colons doivent remanier des terrains vierges ou cultiver le sol ;

2° Elle présente également de très sérieux dangers, qnand les immigrés doivent travailler au grand air, exposés au soleil ;

3° Elle ne saurait être conservée pure, exempte de croisement des races, parce que la femme blanche se fane et vieillit très vite sous ce ciel brûlant ;

4° La colonisation européenne dans les pays chauds, *sur des hauteurs* de 1,000, 1,500 mètres au-dessus du niveau de la mer est possible, quand les colons s'abstiennent de remuer des terrains vierges et de déboiser le sol ;

5° Il est toujours à craindre que la femme européenne ne se voie supplantée par des femmes indigènes, même sur ces hauteurs, au détriment du bonheur et du bien-être domestiques ;

6° Seule la colonisation des hauteurs des pays chauds, par des Européens adultes et mâles paraît présenter des garanties sérieuses de succès. J. B.

III. — Sur une population totale de 2,300 habitants, l'île d'Ouessant fournit à la marine 530 inscrits ; en raison de ce sacrifice en hommes, l'Etat fait assurer gratuitement le service médical de l'île par un médecin de marine, et le travail de Bohéas est le résumé de dix-huit mois de pratique médicale.

La superficie d'Ouessant est de 1,512 hectares, dont la moitié seulement est cultivable et cultivée. Le sol est granitique, et l'écoulement des eaux facile ; les sources d'eau vive sont nombreuses ; on ne cultive guère que la pomme de terre et l'orge ; la pêche est la grande ressource. Le climat est constant ; la moyenne de la température annuelle est de 12°24 ; la plus haute température a été de 24°5 et la plus basse de 0°. Le type celtique domine dans la race ouessantine.

Toute la pathologie est dominée par l'alcoolisme qui, joint aux mariages entre consanguins, et au mépris de l'hygiène la plus élémentaire, abâtardit la race, et provoque tuberculose, scrofule et affections chroniques de l'estomac. Mais le propre de la pathologie d'Ouessant est la fréquence chez les femmes de l'hypocondrie, de l'hystérie et de la monomanie religieuse ; c'est sans doute la conséquence de leur vie de misère et de tristesse, condamnées qu'elles sont aux rudes travaux des

champs, aux privations de toute sorte, aux grandes douleurs, car la mer leur enlève souvent en un jour toute leur famille !

IV. — Le centre de cette petite île est dû à un soulèvement volcanique de date relativement récente; sa base générale est formée de granit, entremêlé parfois de quartz et de gneiss. De nombreux ruisseaux, en se mêlant aux flots de la mer, forment des marais redoutables ; à l'intérieur de l'île il en est encore d'autres, formés par de l'eau douce.

En dehors des animaux domestiques que l'homme a conduits à peu près partout avec lui, la mammalogie est peu riche à Nossi-Bé ; le sol y est excessivement fertile ; la canne à sucre y réussit très bien, de même que le riz, le maïs, le caféier, etc... Le manguier s'y étend d'une manière extraordinaire et pourrait assainir le sol et remplacer les forêts, qui ont été détruites.

Le fond de la population est constitué par des Malgaches ; à côté d'eux quelques Hovas, anciens esclaves, quelques Comoriens, à sang arabe, qui sont les ouvriers. Un groupe de 150 à 200 Indiens blancs tient le commerce. Le travail sur les propriétés est fait par des Maquois, nègres de la côte d'Afrique, vendus par des Arabes. Le paludisme forme la grande endémie ; la rémittence n'est pas fréquente ; l'intermittence revêt facilement le type quotidien ; le type, qui vient ensuite par ordre de fréquence, est le tierce ; enfin, il y a de nombreux cas où l'intermittence ne se rattache d'une façon précise à aucune des formes admises. Un et quelquefois deux des stades de l'accès font défaut. La perniciosité est dans la proportion de 75 0/0 ; elle n'arrive jamais d'emblée. L'accès jaune, lui aussi, ne se montre pas souvent d'emblée ; suivant Guiol il peut y avoir ou hématurie ou mélanurie. La fièvre à Nossi-Bé semble avoir moins d'action sur la rate, que cela n'a été signalé dans la plupart des régions marécageuses.

Le nombre des cas de béribéri constatés est insignifiant ; mais il peut exister dans les camps des Maquois, les planteurs ne faisant pas demander le médecin.

La dysenterie est rare, et l'insolation aussi.

L'éléphantiasis des Arabes et la lèpre sont fréquentes ; cependant il n'y a pas de léproserie. Les maladies vénériennes et cutanées, grâce à la malpropreté et à la promiscuité sont nombreuses.

La mortalité effrayante qui a accompagné nos débuts à Nossi-Bé, a forcé de supprimer la garnison, et malgré de légères améliorations, on peut se demander si l'acclimatement sera jamais réalisable.

V. — Les archives de médecine navale donnent les extraits de ce mémoire, qui a obtenu le prix de médecine navale en 1872. Il concerne les îles d'Haïnam, Yeso, Borneo, Soulou, Philippines, Sakhalien, et la Mandchourie russe.

Haïnam jouit d'un climat chaud ; la température moyenne est de 24°5 ; le minimum est + 9°. Les vents régnants sont les moussons de la mer de Chine, et de temps à autre apparaissent des cyclones. La flore est luxuriante, et la faune n'a rien à lui envier. Dans l'intérieur de l'île vivent, à l'état presque sauvage, des aborigènes probablement d'origine caucasique ; les autres indigènes proviennent du croisement des conquérants mongoliques et des vaincus. La pathologie est celle des pays chauds.

Bornéo, l'archipel Soulou, et les Philippines sont de nature volcanique et par conséquent d'origine récente. Les Dayaks, qui appartiennent à la race malayo-polynésienne, sont les aborigènes ; leurs vainqueurs, des Malais, appartiennent à l'islamisme, et sont toujours en lutte contre les Européens. Ces pays montagneux sont admirablement boisés, mais les côtes sont marécageuses.

Le climat est très chaud ; cependant l'hépatite est relativement rare dans les possessions espagnoles, sans doute par suite de la sobriété de cette race. Dans les accès pernicieux, les médecins espagnols n'ont pas recours aux injections hypoderniques à cause de la tendance des piqûres à se transformer en ulcères; ils ne donnent plus dans la syphilis de mercure, qui est mal supporté. La gale se complique volontiers d'abcès interdigitaux. La lèpre est fréquente; près de Manille se trouve une léproserie pouvant recevoir 500 malades; ils y sont abandonnés à eux-mêmes.

Yeso devrait appartenir, par sa latitude, aux climats tempérés, mais le vent glacial de la Sibérie en a disposé autrement; l'hiver dure la moitié de l'année et est très rigoureux. De même Sakhalien, qui devrait compter dans les climats tempérés ou froids, rentre dans les climats boréaux. Néanmoins ces deux îles ont des étés presque chauds. Ces conditions climatériques sont encore plus marquées dans la Mandchourie russe où l'hiver la température tombe à — 38° pour remonter en été à + 33° ; soit une différence de 70°. Les affections à frigore dominent, comme c'était à prévoir, la scène pathologique.

La race autochone est représentée par les Aïnos, qui appartiennent à la race cuivrée; en plus on trouve les Japonais à Yeso, les Mongols à Sakhalien, les Tazas ou Tougouses, et les Mauzas ou Mandchoux dans la Sibérie orientale.

VI. — L'auteur nous donne le résumé de ses observations, alors qu'il était chargé du service médical de la colonie.

Malgré les nombreux étangs, que renferme l'île, l'impaludisme fait défaut; la diarrhée et la dysenterie n'y prennent pas naissance; les maladies du foie y sont rares. L'alcoolisme est fréquent, et cependant le délirium tremens se rencontre peu. La fièvre jaune a été importée à différentes reprises, mais n'y a jamais fait un long séjour; il est vrai que le nombre des Européens est restreint, et qu'autrefois, lorsqu'il y avait une petite garnison, des cas relativement nombreux se sont présentés. La phtisie et l'asthme sont fréquents. La scrofule est très répandue.

VII. — Ces îles, d''origine volcanique et madréporique, n'ont changé en aucune façon depuis leur découverte par Cook. Les habitants, qui appartiennent à la race papoue, sont au même état de sauvagerie.

Les affections les plus communes sont la phtisie, la scrofule, la dysenterie, les maladies de la peau; les maladies vénériennes sont rares et sans gravité. Le sol poreux, la déclivité des pentes, l'habitation des hauteurs permet aux indigènes de lutter un peu contre les causes de malaria si puissantes dans cette zone insalubre. La fumée, qui, nuit et jour, remplit les cases, amène de fréquentes maladies d'yeux. Les plaies et blessures sont traitées avec des jus d'herbes et des feuilles dépouillées de leur épiderme; si le blessé est gravement atteint, il reste allongé près du foyer et expose sa plaie à la chaleur jusqu'à complète guérison. A 8 ans les garçons sont soumis à une sorte de circoncision.

VIII. — L'île de Pitcairn, découverte en 1767, a été inhabitée jusqu'en 1790; elle a été peuplée à cette époque par neuf matelots anglais déserteurs, accompagnés de quelques Taïtiens et Taïtiennes. En 1800, il ne restait qu'un homme avec 9 femmes et 22 enfants de 7 à 9 ans. Aujourd'hui on compte 94 habitants; ce croisement de Saxons et Taïtiens retourne manifestement aux caractères de la première de ces races. La syphilis et l'ivrognerie y sont totalement inconnues.

L'archipel Gambier est en voie de dépopulation sous l'influence de la tuberculose et de la syphilis; de 2,000 habitants en 1853, il est réduit à peine à 400!

L'archipel des Tuamotu est formé de récifs madréporiques; il est habité par des Polynésiens, non encore ravagés par la syphilis et l'alcool. Le coco et la pêche, surtout celle de l'huître perlière, sont les principales ressources du pays.

IX et X. — Ces deux mémoires, dont les archives donnent des extraits, diffèrent totalement des études faites par les médecins-majors des bâtiments; ce ne sont plus des récits de voyageurs, mais bien les rapports d'un chef du service de santé d'une division navale, mettant en relief les influences de chaque station sur la santé des équipages, indiquant les précautions hygiéniques à prendre, étudiant la qualité des eaux, des vivres, s'occupant des moyens d'hospitalisation à terre, etc. Nos deux confrères se plaignent de la prostitution clandestine dans les ports, qui contamine les équipages dans des proportions inouïes : un navire de guerre, qui resta à l'ancre 40 jours devant Sanghaï, eut sur 320 hommes d'équipage, 80 cas de maladies spécifiques, dont plus de la moitié d'une redoutable gravité.

Au milieu de ces questions un peu techniques, se trouvent d'intéressants épisodes, tels que la description de la crémation au Japon et de l'ossuaire d'Ancan avec ses poteries, ses momies et ses étoffes antiques.

XI. — La syphilis est très répandue au Japon; la proportion des syphilitiques serait de 70 pour 100; le nombre des décès, relevant de cette cause aurait été en 1880 de 9,48 pour 100 du nombre total. Des hôpitaux spéciaux sont établis pour les filles syphilitiques.

Chez les Japonais, la syphilis revêt le plus souvent une forme bénigne; l'inverse a lieu pour l'Européen. En dehors des douleurs ostéocopes tous les malades du Dr Vincent ont eu des douleurs rhumatoïdes; le Dr Simmons, établi à Yokohama depuis plus de 20 ans, aurait observé le même fait, non seulement chez les Européens, mais aussi chez les indigènes.

Les Japonais utilisent dans le traitement des accidents des eaux sulfureuses à haute thermalité (55° à 77°) et des eaux chlorurées sodiques ferrugineuses.

XII. — Il est de règle dans les colonies de rapatrier les convalescents, mais certains postes sont si éloignés des ports d'embarquement, que les malades ne peuvent affronter un si long et si incommode transport; dans ce cas, il faut chercher sur place les moyens de rétablir les malades.

Les institutions appelées à remplir ce but, portent le nom de sanitorium ou sanatorium.

A Kita, situé à 1,500 kilomètres de Saint-Louis, Dupouy a créé un sanatorium, et en a tiré d'heureux résultats. Il était situé sur un joli plateau, avait de l'eau de source; la température y était inférieure à celle

de la plaine de 2 ou 3 degrés. On a assisté là à de véritables résurrections.

C. ZUBER.

**I. — Zur Lehre von der Symptomatologie der Pericarditis, namentlich jugendlicher Individuen, par ROSENBACH** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 44, 1882).

**II. — Case of paracentesis of the pericardium; removal of thirty two ounces of fluid, par J. MACDONALD** (*Brit. med. journ.*, *p.* 819, *oct.* 1883).

**III. — Paracentèse et incision du péricarde, par PARTZEWSKI** (*Mediz. Obozz.*, *mars* 1882).

**IV. — Purulent pericarditis treated by paracentesis and by free incision with recovery, par S. WEST** (*Brit. med. journ.*, *p.* 814, *avril* 1883).

**V. — Zur Pathogenese der tuberculösen Pericarditis, par KAST** (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 674, *octobre* 1883).

**VI. — De la symphyse cardiaque et des insuffisances valvulaires qui peuvent en résulter, par HAYEM et GILBERT** (*Union médicale*, 27 *septembre*, 2 *octobre* 1883).

**VII. — Etude clinique sur deux cas de péricardite hémorragique, par MENDIONDO** (*Thèse de Paris* 1883).

**VIII. — Paracentesis pericardii, par STEAVENSON** (*St. Barth. Hosp. Rep. XVII*, *p.* 217, 1881).

I. — Dans ce mémoire, l'auteur veut établir que chez les jeunes sujets la péricardite peut se révéler par un souffle systolique à la pointe. Il s'appuie sur cinq observations, dont deux avec autopsie. Nous nous bornerons à l'exposé de ces dernières.

a) Enfant de 13 ans, atteint depuis deux ans d'une affection cardiaque. On entend à l'auscultation un souffle systolique de la pointe, dans le 5e espace gauche à la base du cœur, frottement péricardique non douteux; on diagnostique une péricardite coïncidant avec une insuffisance mitrale ancienne. L'autopsie montre une symphyse cardiaque ancienne, avec néomembranes récentes au niveau du ventricule droit; mais les orifices et les valvules sont normaux en apparence.

b) Fillette de 10 ans, présentant tous les signes d'une affection cardiaque arrivée à la phase d'asystolie. Ici encore, on entend un souffle systolique de la pointe couvrant tout le petit silence. L'autopsie fait également voir une symphyse cardiaque; les adhérences ne respectent que le voisinage de la pointe du cœur: partout ailleurs, surtout à la base elles sont fibreuses et résistantes. Comme dans le cas précédent, les valvules étaient saines.

L'auteur en conclut que la péricardite peut simuler complètement les symptômes de l'insuffisance mitrale, et donner lieu à un souffle unique, systolique, à la pointe. Il admet qu'en pareil cas, les adhérences anciennes entravent la locomotion du cœur et s'opposent à la production d'un frottement véritable. Il ne se demande pas si la symphyse péricardique ne créait pas réellement des conditions d'insuffisance auriculo-ventriculaire relative, par dilatation de la cavité du ventricule. Cette hypothèse nous paraît expliquer plus rationnellement les symptômes cliniques.

H. R.

II. — Femme de 30 ans, prise trois semaines auparavant de douleurs articulaires et de fièvre, puis de palpitations. A son entrée à l'hôpital (10 juin) elle est pâle, anxieuse, en proie à une orthopnée extrême et à des

battements cardiaques tumultueux. A l'examen de la région précordiale on constate une matité s'étendant du bord droit du sternum vers la région axillaire sur une longueur de 8 pouces, et remontant en haut jusqu'au 2e espace intercostal. L'auscultation révèle un bruit de frottement doux à la base. Des sangsues sont appliquées, des diurétiques prescrits sans résultats : au bout de quelques jours l'anxiété est excessive. Le 18 juin, on décide la ponction du péricarde. Elle ne pouvait avoir lieu dans le 5e espace, car on y sentait battre le cœur : la mamelle d'ailleurs eut beaucoup gêné l'opérateur. Après avoir précisé la limite inférieure de la matité, la mamelle étant relevée, l'auteur pratiqua une incision couche par couche entre les côtes, y introduisit son doigt, et ne sentant pas l'impulsion cardiaque, il ponctionna la séreuse péricardique avec un trocart explorateur. Le liquide s'écoula mal d'abord, puis de mieux en mieux à mesure que la respiration devenait plus profonde. On tira ainsi 32 onces de sérosité, et la malade, quoique faible, se sentit considérablement soulagée. Les jours suivants, malgré un retour passager du liquide, l'amélioration se poursuivit régulièrement, et la malade était en pleine convalescence au commencement d'août. H. RENDU.

III. — Homme de 23 ans, entré à l'hôpital pour une pleurésie du côté gauche. On constate en même temps les signes d'un épanchement péricardique qui disparut assez rapidement sous l'influence du traitement. La résorption de l'épanchement pleural se faisait plus lentement, lorsque sept semaines après son admission, survint à nouveau de la dyspnée, avec palpitations, intermittences du pouls, respiration anxieuse, cyanose, faiblesse extrême. Les accidents devinrent si menaçants que l'auteur se décida à faire une ponction du péricarde. Cette ponction fut faite avec l'aspirateur Dieulafoy dans le 4e espace intercostal; on retira 1250 grammes (2 livres 1/2) d'un liquide brun séreux. Soulagement immédiat très marqué.

Le 4e jour réapparition des signes d'épanchement qui atteint un volume énorme le 6e jour. Nouvelle ponction entre la 4e et la 5e côte. On retire trois onces de pus. C'est alors qu'on se décide à faire une incision à travers le 4e espace et à ouvrir le péricarde. On retire une énorme quantité de pus. Lavage avec la solution salicylée (au 300e) deux tubes à drainage sont laissés à demeure. Pansement de Lister. Le malade meurt trente heures après dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouve encore trois onces de pus dans le péricarde, les parois couvertes de pseudomembranes épaisses. Le ventricule droit est hypertrophié et le muscle cardiaque est atteint de dégénérescence graisseuse. A. C.

IV. — Enfant de 16 ans, atteint d'une péricardite avec épanchement ; les symptômes deviennent si graves, que la ponction est pratiquée; elle donne issue à du pus. Trois jours plus tard, reproduction du liquide, nouvelle ponction; cette fois, le péricarde est ouvert largement par une incision, lavé et drainé. La température ne s'éleva pas, et la guérison fut complète en 5 semaines.

L'auteur insiste sur l'absence de tout signe capable d'indiquer la nature de l'épanchement. Il n'y eut, ni frottement péricardique, ni bruit de moulin caractéristique de l'hydropneumo-péricarde après l'incision. La ponction fut pratiquée dans le 4e espace, au lieu d'élection de Trousseau : ce fut également en ce point que fut faite l'incision. Le pouls paradoxal, qui était très net avant l'opération, disparut immédiatement après. Ce cas rappelle le fait de Rosenstein, qui fut également suivi de guérison. H. R.

V. — Kast rapporte une observation d'exsudat péricardique purulent dans lequel la ponction fit reconnaître la présence de nombreux bacilles spécifiques de la tuberculose. L'autopsie du malade a montré en outre, que cet exsudat avait eu son point de départ dans la fonte purulente des ganglions du médiastin situés au niveau de la réflexion du péricarde. Nulle part dans l'organisme il n'y avait de tubercules.

C'est donc là un exemple de péricardite à liquide contenant des bacilles tuberculeux, sans tuberculose du péricarde ni du reste de l'économie.

VI. — Kr..., âgé de 18 ans, a eu, en 1879, une attaque de rhumatisme compliquée de pleurésie gauche et d'endocardite. — En 1883, pleurésie droite pendant 6 semaines. — Peu après étant guéri, il est pris soudain la nuit du 10 mai d'étouffement, d'angoisse et de palpitations; le 30 mai les mêmes malaises persistent. La paroi précordiale est fortement ébranlée par les contractions du cœur, et présente un aspect ondulant particulier. La systole ventriculaire s'accompagne d'un retrait très net de la paroi. qui n'existe qu'au niveau de la partie la plus interne du deuxième et du troisième espace intercostal gauche. La pointe du cœur bat dans le septième espace.

L'auscultation permet de constater l'existence de 2 bruits de souffle, l'un à la pointe au premier bruit, dû à une insuffisance mitrale, l'autre à la base et au deuxième bruit, dû à une insuffisance aortique.—Les artères du cou et de la face sont bondissantes. Le sphygmographe montre qu'après 2 pulsations normales survient une pulsation plus énergique. — Le malade meurt le 3 juin au soir.

A l'autopsie, on trouve des adhérences du feuillet externe du péricarde à la paroi thoracique antérieure au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux gauches — une adhérence intime des deux feuillets séreux du péricarde, une hypertrophie énorme du cœur, qui pèse 975 grammes et mesure 21 centimètres de l'origine de l'aorte à la pointe des ventricules. L'orifice aortique a 12 centimètres de circonférence ; les valvules sont insuffisantes, mais souples, lisses, n'offrant ni sclérose, ni athérome ; l'orifice mitral mesure 12 centimètres 1/2 ; les valves sont insuffisantes, mais n'offrent pas la moindre altération. — Les valvules des autres orifices sont saines et suffisantes. Le ventricule gauche offre une capacité énorme ; surtout à l'infundibulum aortique — le droit est effacé; la paroi du ventricule gauche mesure de 2 à 3 centimètres d'épaisseur; celle du droit de 8 à 6 millimètres. — Le maximum de la dilatation aortique est à son origine et va en diminuant rapidement.

L'examen microscopique du cœur démontre : 1° l'hypertrophie des fibres musculaires des ventricules et des oreillettes, atteignant 22,30 et même 40 $\mu$; 2° l'hyperplasie du tissu conjonctif disposé en travées épaisses partant du péricarde et s'enfonçant dans le myocarde le long des vaisseaux; 3° l'épaississement des parois artérielles. La lésion des valvules aortiques, consiste simplement dans l'enroulement du bord libre renflé de la lame endartérielle, sur le bord libre creusé en cupule de la lame endocardiaque.

Les auteurs établissent ainsi la filiation. Péricardite survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, terminée par symphyse; hypertrophie secondaire du cœur — qui cesse d'être compensatrice, alors vient la dilatation propagée à l'orifice aortique d'abord, plus tard à l'orifice mitral. — Le cœur va s'hypertrophiant jusqu'à la syncope mortelle. — Ils font remarquer le contraste entre le cœur gauche dilaté, le cœur droit sain, et expliquent cette anomalie par les adhérences du feuillet externe du péricarde à la paroi thoracique au niveau de la base du cœur;— cette localisation rend compte du siège particulier de la dépression systolique observée chez le malade. H. L.

VII. — De l'analyse de deux cas de péricardite hémorragique, M. Mendiondo conclut que la présence du sang, en pareil cas, tient à la rupture d'une néo-membrane, comme on l'observe dans la péritonite, la méningite et la pleurésie hémorragique. Il y a cependant des faits dans lesquels ce mécanisme ne peut être invoqué, et où c'est l'altération primitive du sang qui explique la couleur de l'épanchement péricardique. Il s'agit

alors toujours d'une péricardite survenue dans le cours d'une maladie générale, telle que la tuberculose ou le mal de Bright, ou encore chez des sujets alcooliques.

Cette forme de péricardite n'a pas de symptômes caractéristiques, mais entraîne presque constamment un pronostic fatal.

VIII. — Enfant de 5 ans, atteinte de pleurésie purulente qui nécessite la ponction de la poitrine, 21 onces de pus sont ainsi extraits, mais après l'opération on s'aperçoit qu'il existe une matité cardiaque exagérée, et un affaiblissement de bruits du cœur. Les signes de péricardite s'accentuent, et on décide la ponction du péricarde. Celle-ci est faite au moyen de l'aspirateur, dans le troisième espace intercostal au point où existait une voussure saillante et une apparence de fluctuation. On retire 5 onces de sérosité trouble qui se coagule rapidement. Malgré un mieux réel pendant quelques jours, l'enfant continua à s'affaiblir et mourut 12 jours après l'opération. On trouva a l'autopsie des lésions inflammatoires multiples des séreuses : une pleurésie double, une péricardite fibrino-purulente et une péritonite généralisée.

L'auteur, à ce propos, passe en revue les principales observations de paracentèse du péricarde publiées récemment. H. R.

**I. — Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par Constantin PAUL** (*Paris*, 1883).

**II. — Du diagnostic et du traitement de certaines maladies du cœur, et particulièrement de leurs formes anormales, par Germain SÉE** (2e *édit.*, *Paris*, 1883).

**III. — Traité clinique et pratique des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte, par PETER** (*Paris*, 1883).

**IV. — Recherches sur la pathogénie des endocardites et des scléroses cardiaques, par Hip. MARTIN** (*Revue de médecine* n° 2, 1883).

**V. — Ueber Wandenendocarditis und ihr Verhältniss zur Lehre von der spontanen Herzermattung, par C. NAUWERCK** (*Deutsch Arch. f. kl. Med. Bd.*, *XXIII*, *Heft.* 2, *p.* 210, 1883).

**VI. — Contribution à l'étude des affections aiguës du cœur chez les vieillards, par FÉRÉ** (*Revue de médecine*, *p.* 209, 1882).

**VII. — Diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur, par DUROZIEZ** (*Union médicale*, *p.* 716, 1883).

**VIII. — Ueber die Entstehung der functionnellen Herzgeraüsche, par Richard NEUKIRCH** (*Zeitsch. f. klin. Med. Bd. VI*, *p.* 263, 1883).

**IX. — The murmurs of debility in the pulmonary and tricuspid areas, par William RUSSELL** (*Edinb. med. journ.*, *p.* 130, *août* 1882).

**X. — Note on the position and mechanism of the hœmic murmur, par G. BALFOUR** (*Ibid.*, *p.* 193, *sept.* 1882).

**XI. — Clinical lecture on accentuation of the pulmonary second sound of the Heart, par James SAWYER** (*Brit. med. journ.*, *p.* 606, *mars* 1883).

**XII. — Du bruit de galop en général, et en particulier dans la néphrite aiguë, par R. LÉPINE** (*Lyon médical*, 20 *août* 1882).

**XIII. — Ueber Herzhemisystolie, par EGER** (*Deutsche medic. Woch.*, *n°* 39, 1882)

**XIV. — État et rôle du foie dans l'asystolie des alcooliques, par Alb. MATHIEU** (*Arch. gén. de méd., juillet* 1883).

**XV. — Ueber Fettherz, par LEYDEN** (*Zeitsch. f. klin. Med., Band., V., p.* 1, 1882).

**XVI. — Ueber Zooparasitäre Krankheiten des Herzens, par Fr. MOSLER** (*Zeitsch. f. kl. Med., Band. VI, p.* 215, 1883).

**XVII. — Du poumon cardiaque (sclérose pulmonaire), par Jules BOY** (*Thèse de Lyon*, 1883).

I. — Sous ce titre, M. Constantin Paul vient de faire paraître un volumineux ouvrage, qui, sans être un traité didactique, embrasse néanmoins la plupart des branches de la pathologie cardiaque.

Une première partie est consacrée à la séméiotique et à l'exposé des moyens d'exploration physique du cœur. M. Paul décrit son procédé de mensuration cardiaque, basé sur la constatation du bord droit du cœur et de l'oreillette droite, seuls points de repère fixes.

Il montre également, à propos de l'auscultation du cœur, les avantages du sthétoscope flexible biauriculaire, surtout avec le perfectionnement qui consiste en une ventouse s'appliquant hermétiquement sur le point à ausculter, et formant une caisse de renforcement pour le son.

Un chapitre assez développé est consacré à l'étude des souffles intra et extracardiaques. Au sujet de la topographie des bruits anémiques, M. Paul admet trois foyers principaux de production : 1° un foyer cervical, qui existe plus particulièrement au côté droit; 2° au niveau de l'artère pulmonaire; 3° à la valvule mitrale. Ces bruits sont tantôt systoliques, tantôt post-systoliques, et se modifient sous l'influence des mouvements respiratoires. D'après l'auteur, ils se propageraient toujours vers les jugulaires, ce qui constitue une différence avec les souffles extracardiaques : cette assertion nous semble contestable et ne paraît guère d'accord avec les tracés qui prouvent que les bruits jugulaires se produisent antérieurement à la systole.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, l'auteur aborde l'histoire des affections du cœur et de ses enveloppes : c'est le morceau capital du livre.

Le chapitre consacré à la péricardite renferme quelques données nouvelles qui peuvent fournir d'intéressantes applications cliniques. M. Paul a observé l'abaissement de la température centrale au moment où se déclare une complication de péricardite, phénomène intéressant qui mérite d'être recherché et vérifié. Au point de vue des signes physiques, il précise, mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, les divers foyers de frottement qui peuvent être circonscrits et dissociés ; il en distingue notamment deux principaux : l'un, siégeant au ventricule droit ; l'autre, à l'artère pulmonaire.

Les recherches les plus originales de l'auteur ont trait à la maladie mitrale, dont la description s'écarte absolument des données classiques. L'auteur n'admet pas la distinction entre le rétrécissement et l'insuffisance. Partant de ce fait que la valvule mitrale forme un entonnoir qui s'écarte dans la diastole et qui se resserre dans la systole, il pose en principe que toute lésion du canal détermine à la fois un rétrécissement et une insuffisance. Aussi interprète-t-il les bruits mitraux d'une façon

toute personnelle. Pour lui, « le bruit de souffle systolique s'explique par le reflux du sang dans l'oreillette : mais le bruit peut se prolonger et couvrir le grand silence, il devient alors un souffle à apparence double qu'il appelle souffle paradoxal. Le bruit dit présystolique est en réalité le bruit du claquement de la tricuspide qui commence la systole. Il est suivi du bruit de souffle mitral retardé. » Nous croyons que cette théorie, malgré ce qu'elle a de spécieux, laisse prise à la critique, et qu'elle ne sera pas admise par la majorité des cliniciens.

Nous ne saurions suivre l'auteur dans tous les développements que mériterait l'analyse complète de son livre. Contentons-nous de citer, parmi les chapitres originaux les plus intéressants : celui qui a trait à l'histoire de l'insuffisance aortique par dilatation de l'orifice artériel, que M. Paul appelle maladie de Hodgson, et qu'il oppose à l'insuffisance classique par lésions valvulaires. Mentionnons la très intéressante monographie sur le rétrécissement pulmonaire, et son influence relative à la phtisie pulmonaire; celle qui a trait à l'hypertrophie du cœur et à ses causes ; enfin le chapitre fort détaillé consacré aux maladies de cœur fœtales. Jusqu'ici, les cas les plus disparates avaient été englobés dans les ouvrages classiques sous le nom de cyanose, de maladie bleue. M. Paul a cherché à mettre de l'ordre dans ce chaos : étudiant d'abord les lésions de compensation (persistance du trou de Botal et du canal artériel), il décrit séparément les affections du cœur droit, l'endocardite tricuspidienne et le rétrécissement pulmonaire, puis les endocardites mitrales encore si confuses. Ce chapitre, un des plus travaillés de l'ouvrage, se termine par l'histoire anatomo-pathologique des transformations des troncs artériels et de la transposition des troncs veineux.

La partie thérapeutique est tout un exposé doctrinal, presque une histoire des méthodes du traitement à travers les âges : sans être l'ennemi de l'expérimentation physiologique, il regarde l'observation et l'expérience cliniques comme le meilleur guide du thérapeutiste. C'est dans cet esprit large qu'il aborde la question complexe du traitement dans les affections du cœur. On lira avec profit l'histoire physiologique des divers poisons cardiaques, et surtout celle de leurs indications thérapeutiques. Les pages consacrées à l'hygiène et aux eaux minérales; celles qui traitent des troubles fonctionnels du cœur par opposition au traitement de l'asystolie, fournissent à l'auteur l'occasion de se montrer clinicien consommé, et elles seront lues avec profit par tous les médecins. H. R.

II. — Le traité de M. Sée a déjà été analysé dans la *Revue*. Cette seconde édition contient de nombreuses additions sur certaines formes *frustes* de maladies de cœur : sur la dyspnée cardiaque, par exemple, continue ou paroxystique. Les formes *fonctionnelles* où l'auscultation est muette ont été l'objet de nouveaux compléments : les pages sur l'arythmie et l'ataxie cardiaque, sur la dyspepsie d'origine cardiaque et les palpitations qui accompagnent les types de l'estomac, seront lues avec profit. Assurément ces types multipliés sont un peu artificiels et prêtent à la critique : mais, ces réserves faites, il est certain que cette tentative de pathogénie est un réel progrès dans l'histoire des affections du cœur, et surtout fournit à la thérapeutique des indications plus nettes que la conception pure et simple des lésions anatomiques.

III. — L'ouvrage de M. Peter est le résumé, en même temps que le

complément, de ses leçons cliniques relatives aux affections cardiaques et devenues classiques. Le livre est fait surtout au point de vue pratique et pour défendre certaines idées personnelles. A l'inverse du précédent, les doctrines physiologiques y tiennent une place secondaire, bien que la théorie n'en soit point proscrite : à l'expérimentation du laboratoire M. Peter préfère l'observation du malade.

Les chapitres les plus originaux de l'ouvrage sont ceux qui traitent de l'exploration de la sensibilité locale du cœur et du rôle de la douleur provoquée ou spontanée dans les maladies du myocarde et du péricarde : les angines de poitrine et les diverses variétés de névralgies du plexus cardiaque fournissent l'application directe de ces données intéressantes. Les accidents gravido-cardiaques, le diagnostic du goitre exophtalmique dans ses formes frustes ou larvées, la myocardite aiguë et chronique, les maladies de l'aorte, enfin, constituent autant de chapitres excellents, où l'attrait de la forme marche de pair avec l'intérêt du fond. Ajoutons que la question thérapeutique est traitée avec un soin particulier, et que les indications du traitement sont posées avec une lucidité remarquable. H. R.

IV. — M. Martin range les cardiopathies en deux groupes principaux, suivant qu'elles ont une origine *valvulaire* ou au contraire une origine *vasculaire*. L'endocardite aiguë de la valvule mitrale peut être prise comme type des maladies de la première classe : d'après lui, les vaisseaux de la valvule sont atteints d'endartérite dès le début de l'endocardite; peu à peu cette endartérite se propage aux vaisseaux de la zone fibreuse d'insertion et à ceux des piliers charnus ; lorsque le processus inflammatoire est éteint, cette endartérite tend à oblitérer les vaisseaux malades. A ce moment le tissu conjonctif de nouvelle formation ne recevant plus de matériaux nutritifs commence à se rétracter. Cette rétraction valvulaire, conséquence de l'endartérite, devient un centre de prolifération conjonctive qui envahit peu à peu le myocarde et les piliers ; la sclérose de tout l'organe se trouve ainsi constituée.

Les affections ayant leur point de départ dans le muscle cardiaque ont pour origine, d'après M. Martin, une périartérite avec endartérite des artères inter et intrafasciculaires. De la paroi externe du vaisseau partent des prolongements fibreux qui constituent ces îlots conjonctifs sur lesquels on a insisté dans ces dernières années; mais l'endartérite provoque des lésions secondaires bien plus importantes, car, à mesure qu'elle se généralise, elle rétrécit le calibre des vaisseaux et s'oppose à la nutrition de l'organe. Cette anémie cardiaque une fois produite, le myocarde dégénère, se laisse distendre, la période asystolique arrive, ou bien, s'il s'agit d'une affection aiguë, comme la fièvre typhoïde, la mort subite peut en être la conséquence. C. GIRAUDEAU.

V. — D'après Nauwerck, l'endocardite pariétale jouerait un grand rôle dans la genèse de l'insuffisance mitrale, en dehors de toute lésion valvulaire. Il admet la propagation de l'inflammation pariétale au myocarde, qui devient scléreux, et aboutirait à l'asystolie. Il semble admettre que c'est une lésion de ce genre qui se produit dans le cœur forcé.

A. M.

VI. — L'auteur a relevé sept cas d'affections aiguës du cœur chez des vieillards. Une fois il y avait simultanément une pneumonie, six fois

des lésions rénales (deux fois le rein sénile; quatre fois une néphrite aiguë véritable). M. Féré en conclut que l'endocardite secondaire qui se développe en pareille circonstance est presque toujours septique, par suite de la rétention des produits de désintégration qui devraient être éliminés.

VII. — Dans cette note, M. Duroziez attire l'attention sur un fait clinique connu, mais considéré comme rare, à savoir que les bruits du 2e temps peuvent être d'origine chloro-anémique et affecter un timbre varié.

Quant au bruit chloro-anémique du 1er temps, il peut être perçu à la pointe comme à la base, mais diffère du souffle en jet de vapeur de l'insuffisance mitrale en ce qu'il est fermé par le 2e claquement, à l'inverse du souffle organique, qui est à contre-mesure avec le 1er et le 2e claquement. Ce sont là des assertions contestables. H. R.

VIII. — La conclusion assez étrange du mémoire de Neukirch est que les bruits systoliques inorganiques qu'on entend au niveau du cœur gauche reconnaissent pour cause une sténose relative de l'aorte.

DEBOVE.

IX.— L'explication la plus vraisemblable du bruit du souffle systolique que l'on entend au niveau de l'orifice pulmonaire chez les anémiques est celle de Balfour; à savoir qu'il se produit une insuffisance mitrale passagère par reflux du sang dans l'auricule gauche dilatée, laquelle donne naissance à un bruit à cause de son voisinage de la paroi thoracique. Ceci s'appuie sur le fait que le second bruit pulmonaire est en pareil cas accentué.

L'auteur accepte la théorie de l'affaiblissement des muscles papillaires et la dilatation ventriculaire concomitante, mais il ne croit pas à la théorie du souffle de l'auricule, parce que ce souffle n'est pas toujours confiné à la région de l'auricule, mais variable depuis la pointe jusqu'à la base.

A l'appui de ces données, il publie trois observations détaillées, d'où il résulte :

1° Que le souffle entendu au niveau du 2e espace intercostal gauche n'est pas produit par la distension de l'auricule, mais qu'il se passe au foyer de l'infundibulum pulmonaire, et a probablement son origine dans une insuffisance tricuspidienne passagère. C'est ce qui existe d'ordinaire dans les formes avancées de l'anémie.

2° Dans des cas moins prononcés, le souffle paraît se produire dans l'artère pulmonaire, par suite de la pression de l'oreillette distendue.

3° Le souffle qui se produit au niveau des 3e et 4e espaces est un murmure d'insuffisance tricuspidienne.

Les deux murmures pulmonaire et tricuspidien se transforment l'un dans l'autre, au fur et à mesure des progrès de la débilité cardiaque.

X.— En réponse à la note précédente, Balfour reprend les arguments de Russell et démontre qu'on peut les interpréter tout différemment. Il est d'accord avec lui quand il dit que les souffles anémiques sont toujours dus à une dilatation passagère du cœur; mais il n'admet pas qu'ils soient tantôt localisés à l'artère pulmomaire, tantôt au foyer tricuspidien (*R. S. M.*, XXI, p. 138). S.

XI.— Dans cette leçon, Sawyer énumère les conditions organiques qui font varier la tension dans la petite circulation, et déterminent par contre-

coup des modifications dans l'intensité du 2e bruit pulmonaire. Pour lui, la question se résume à un problème d'hydraulique : une lésion mitrale, rétrécissement ou insuffisance, amène de la stase sanguine dans le champ des veines pulmonaires et des capillaires du poumon. Si le ventricule droit a gardé sa vigueur contractile, le 2e bruit pulmonaire devient sec et éclatant; vient-il à faiblir, le bruit s'assourdit et diminue d'intensité. L'analyse de la tonalité du bruit donne donc la mesure de l'état du muscle ventriculaire droit, et fournit des indications pronostiques et thérapeutiques d'une grande valeur. Mais l'auteur anglais ne parle en aucune façon des conditions dynamiques qui résultent du mauvais fonctionnement du foie et de l'estomac, lesquelles retentissent également sur la tension sanguine pulmonaire : c'est là pourtant une des causes fréquentes de l'accentuation du 2e bruit. H. R.

XII. — Le bruit de galop est un signe de débilité relative du cœur.

On le rencontre assez souvent dans la néphrite aiguë chez les sujets jeunes; dans ce cas, il prouve le retentissement de la lésion rénale sur le cœur. Cette influence peut d'ailleurs s'exercer d'une manière plus ou moins latente sans que les conditions qui donnent naissance au bruit de galop soient réalisées. A. C.

XIII. — On est surpris parfois de trouver le pouls lent chez des sujets qui ont des battements cardiaques précipités, et de constater qu'il n'existe qu'une pulsation pour deux systoles. Ce phénomène a été signalé pour la première fois par Charcellay, puis décrit en 1850 par Skoda et plus récemment par Leyden : c'est l'hémisystolie. Les Anglais Hyde Salter en 1871, Henry Cook en 1882 (*R. S. M.*, XXI, p. 146) l'appellent *couple rythme of the heart*, rythme doublé du cœur.

On voit sur les tracés cardiographiques qu'il s'agit là de deux systoles très rapprochées, se traduisant par un soulèvement unique de l'artère radiale. Comment faut-il expliquer ce fait?

Quelques auteurs ont admis que les deux cœurs se contractent isolément : le ventricule droit d'abord, puis le gauche (hémisystolie alternante), ou bien les deux ventricules d'abord, puis le droit seul (hémisystolie périodique). Ils s'appuyaient sur la constatation de deux pulsations à la veine jugulaire. Cette dissociation des systoles ventriculaires a été repoussée par Bozzolo, Fraentzel, Schreiber. Reproduisant chez les animaux curarisés le rythme cardiaque caractéristique en suspendant la respiration artificielle, ou en coupant les nerfs vagues, Riegel constate que les deux ventricules se contractent toujours ensemble, que la seconde systole, assez forte pour soulever les veines, ne l'est pas assez pour déterminer la pulsation artérielle. Le pouls correspond donc à la première des deux contractions ventriculaires.

En clinique, le phénomène s'observe surtout chez des sujets atteints d'affections mitrales avec insuffisance tricuspidienne. En voici un exemple :

A. H..., 43 ans, serrurier, atteint en 1861 de rhumatisme articulaire aigu, avec déterminations cardiaques, forcé au repos depuis trois ans et ayant fait plusieurs séjours à l'hôpital, entre le 6 avril à l'hôpital de Breslau.

44 pulsations radiales, 88 contractions ventriculaires. Le cœur est volumineux, la pointe bat dans le sixième espace, où l'on constate deux chocs très rapprochés suivis d'un repos; c'est au premier choc que correspond le pouls radial. Souffle rude à chaque systole. Bruit sourd à la première dias-

tole, bruit léger à la seconde. Aux veines jugulaires, trois pulsations, la première très faible, les deux autres plus fortes, coïncidant avec les systoles.

Râles de bronchite, foie gros, un peu d'ascite, albuminurie, dyspnée, insomnie (sulfate de quinine 0,30 centigrammes).

22 *avril*. État général mauvais, cœur faible, irrégulier. Pouls variant de 48 à 60, œdème des malléoles. Digitale.

26 *avril*. Contractions plus fortes et plus régulières. Pouls varie de 40 à 52 avec 80 à 104 systoles. On suspend la digitale.

7 *mai*. Pouls 38. Systoles 76. Sulfate de quinine.

13 *mai*. Pouls 52. Poudre de Dower.

17 *mai*. Dyspnée violente. Hémoptysies. Rythme cardiaque très irrégulier, 103 systoles. Mort le 21 mai.

Le diagnostic était : insuffisance mitrale et tricuspidienne avec hypertrophie des deux ventricules. A l'autopsie, valvules mitrales indurées, calcifiées. L'orifice est rétréci ; il y a insuffisance. Endocardite ancienne des valvules auriculo-ventriculaires droites. Dilatation des ventricules et des oreillettes avec hypertrophie ventriculaire. Infarctus pulmonaires, induration de la rate et des reins, foie muscade. L. GALLIARD.

XIV. — L'intéressant mémoire de M. Mathieu se trouve résumé dans les conclusions suivantes :

1° Les alcooliques, en vertu de la déchéance nutritive de leurs organes, et en particulier du système cardio-vasculaire, sont exposés à l'asystolie ;

2° Les lésions du foie, les premières en date, suivant toute apparence, présentent dans l'apparition et l'évolution de cette asystolie une importance certaine. L'asystolie est chez eux souvent précédée par une poussée congestive du foie qui peut s'accompagner d'ictère et d'ascite ;

3° Les manifestations cérébrales sont fréquentes dans ces conditions. Parfois elles dépendent nettement de l'alcoolisme, parfois aussi elles peuvent être attribuées à l'ictère grave ou à l'urémie. P. M.

XV. — Sous le nom de cœur gras, Leyden étudie le dépôt d'une couche de graisse considérable autour du cœur, sous le péricarde : le muscle cardiaque peut être sain, ou au contraire dilaté et fibreux, ou encore friable, mou et pâle. La graisse s'infiltre dans le myocarde et suivant les artérioles.

Anatomiquement, on distingue une forme légère, avec intégrité de la fibre musculaire, et une forme grave avec lésion du muscle. Cette dernière se divise en deux variétés :

*a*) Cœur gras simple avec dilatation et faiblesse ventriculaire.

*b*) Avec artériosclérose. Cette lésion est assez fréquente, et se traduit cliniquement par des signes d'angine de poitrine et des accès d'asthme survenant en dehors de tout effort.

Dans le cœur gras simple, on distingue deux étapes de la maladie, suivant que la fibre cardiaque est intacte ou affaiblie. Dans le premier cas, il existe de la dyspnée, des palpitations, sans signes appréciables de lésion organique ; l'interprétation de ces phénomènes est complexe (surcharge adipeuse du cœur, polysarcie des organes abdominaux, pléthore sanguine). La guérison de cet état peut parfaitement s'obtenir. Dans le second cas, surviennent des signes d'asthénie cardiaque avec tendance à la syncope : parfois cependant les symptômes restent absolument latents, jusqu'au moment où se développe quelque maladie intercurrente.

Voici les signes qui peuvent faire présumer l'adipose cardiaque. Accroissement possible, non constant, de la matité précordiale, faible choc de la pointe , bruits d'auscultation sourds et brefs : parfois rythme de galop, indice d'une dilatation ventriculaire. Le pouls radial est faible, rapide et irrégulier. La nuit éclatent souvent des accès d'asthme cardiaque survenant sans cause.

Quand la maladie intéresse plus particulièrement le cœur droit, à ces symptômes s'ajoutent, d'après l'auteur, des palpitations, des hémoptysies, de la cyanose, une congestion permanente des viscères abdominaux des hydropisies.

L'étiologie de l'adipose cardiaque est obscure. L'excès de nourriture, l'abus des spiritueux, le manque d'exercice, le surmenage, paraissent jouer un rôle.

XVI. — Le travail de Mosler est une intéressante revue critique sur les affections zooparasitaires du cœur. En deux tableaux il rapporte (avec indication bibliographique) toutes les observations connues de cysticerques et d'hydatides du cœur. Ces affections ne peuvent être diagnostiquées. M. DEBOVE.

XVII. — M. Boy démontre qu'il existe une cirrhose du poumon d'origine cardiaque, tout comme il y a des scléroses hépatiques et rénales. Cette cirrhose pulmonaire est systématique : elle est caractérisée par l'épaississement des travées péri et intra-alvéolaires, l'accroissement des cloisons interalvéolaires, qui parfois va jusqu'à étouffer l'alvéole : la dilatation du système vasculaire (endartérite et périartérite constantes).

La genèse de ces lésions est la suivante. Initialement, la stase sanguine provoque et entretient la dilatation vasculaire. Secondairement, l'épithélium s'irrite et prolifère (cirrhoses épithéliales de Charcot) : finalement, le système artériel participe à l'irritation, ce qui confirme le processus signalé par Talamon, Debove et Letulle, etc. H. RENDU.

I. — **Zur Lehre von der Mitralklappeninsufficienz, par A. WEILL** (*Berlin. klin. Woch., n° 7, p. 89, fév.* 1881).

II. — **Quatre observations d'insuffisance mitrale, par Magee FINNY** (*The Dublin journ. of med. Sc., p.* 179, *fév.* 1883).

III. — **Ein Fall von complicirten Herzfehler Hemisystolic cruralvenenton, par DIPPE** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band. XXXI, Heft.* 3 *et* 4, *p.* 427. 1882).

IV. — **Case of extreme mitral stenosis, death resulting in a few months from sequential lesions without general dropsy, par ESKRIDGE** (*Medical News, p.* 79, *juillet* 1883).

V. — **Variation and disappearance of cardiac murmurs, par E. Hyla GREVES** (*Liverpool medico-chir. journ., juillet* 1883).

VI. — **Pronostic du rétrécissement mitral, pur ou compliqué, à 50 ans et au-dessus, par DUROZIEZ** (*Union méd., p.* 214, 5 *août* 1883).

VII. — **Rétrécissement mitral et insuffisance aortique combinés, par LE MÊME** (*Ibid., p.* 299).

VIII. — **Das Distanzherzgeräusch, par TILLINGER** (*Wien. med. Wochensch., n°* 3, 1883).

**IX. — Use of cactus grandiflorus in cardiac affections, par O'HARA** (*Medical News, p.* 526, *nov.* 1883).

**X. — The Bradshawe Lecture on cardiac aneurysms, par Wickham LEGG** (*Royal college of phys. of London, août* 1883, *et brochure Londres* 1884).

**XI. — Étude sur les perforations de la cloison interventriculaire dans l'endocardite ulcéreuse, par Henri FOURNIER** (*Thèse de Paris,* 1884).

**XII. — Two cases of ulcerative endocarditis following an attack of acute pneumonia, par G. GULLIVER** (*St Thomas's hosp., Rep. XII, p.* 55, 1882).

**XIII. — Case of ulcerative endocarditis with pyœmia : death from perforation of the heart, par John KEALING** (*Transact. of the college of phys. of Philadelphia, IV, p.* 27, 1879).

I. — Weil fait remarquer que l'hypertrophie excentrique du ventricule gauche est aussi indispensable à la compensation de l'insuffisance mitrale que de l'insuffisance aortique. Il développe cette manière de voir d'après des raisonnements mathématiques absolument exacts au point de vue de l'algèbre, mais médiocrement applicables à la médecine. Cliniquement, il montre que cette hypertrophie compensatrice se traduit par l'accroissement de la matité cardiaque à gauche, par le choc plus intense et plus élevé de la pointe. Ces considérations trouvent leur application dans le diagnostic de l'insuffisance compliquée de rétrécissement mitral. La lésion est très probable si avec un pouls normal on constate une hypertrophie excentrique du ventricule gauche. Moins cette hypertrophie sera marquée, plus cela indiquera la coexistence d'un rétrécissement mitral. On a peut-être ainsi l'explication la plus plausible de ces autopsies dans lesquelles on trouve une hypertrophie excentrique du ventricule gauche, malgré un rétrécissement mitral considérable. L'hypertrophie est la lésion la plus ancienne (?), elle remonte à l'époque où l'insuffisance valvulaire prédominait. Le rétrécissement est survenu secondairement, mais la mort est arrivée avant qu'il ait manifesté tous ses effets sur l'état du cœur. J. BEX.

II. — Le rapprochement de ces observations conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Au point de vue stéthoscopique, le souffle systolique de la pointe ne peut être considéré comme une preuve pathognomonique de la lésion valvulaire, car il peut avoir les mêmes caractères physiques dans des cas où il n'y a que des troubles fonctionnels et de l'affaiblissement du cœur ; il peut même quelquefois être plus intense ;

2° Le danger des lésions valvulaires réside presque exclusivement dans l'affaiblissement de la contractilité musculaire cardiaque : sous ce rapport, l'intensité d'un souffle organique est d'un pronostic relativement favorable ;

3° Le traitement ne doit être jamais spoliatif ni débilitant, mais toujours tonique : il faut s'efforcer de restituer au muscle son énergie contractile. H. R.

III. — L'observation de Dippe a trait à un rhumatisant atteint de rétrécissement et d'insuffisance mitrale, avec insuffisance tricuspidienne secondaire vérifiée à l'autopsie. Indépendamment des signes classiques fournis par l'auscultation cardiaque, on constatait au niveau des vaisseaux

fémoraux le phénomène de l'hémisystolie. Voici comment le décrit l'auteur. En auscultant l'artère fémorale au-dessous du ligament de Fallope, on percevait d'abord un premier bruit sourd, synchrone du pouls radial, puis un bruit plus fort et plus retentissant; enfin, par moments, un troisième bruit plus doux, « synchrone de la troisième contraction cardiaque et du second pouls veineux. » Cette dernière interprétation de l'auteur est obscure : il semble possible que tous ces murmures dépendissent du polycrotisme de l'artère.

IV. — Eskridge rapporte le fait d'un malade atteint de rétrécissement mitral très serré, qui mourut en quelques mois sans avoir jamais présenté la moindre hydropisie. Le début des accidents avait été caractérisé par une extrême accélération des bruits du cœur sans murmure anormal; plus tard s'étaient manifestés le souffle présystolique et le souffle diastolique. Dans les derniers jours de la vie survinrent de l'albuminurie, des épanchements dans la plèvre et le péricarde, mais il n'y eut jamais d'ascite ni d'anasarque.

L'auteur insiste sur la coexistence chez ce malade du souffle postdiastolique et du souffle présystolique, et il en conclut que l'association des deux bruits simultanément peut faire diagnostiquer un rétrécissement très serré de l'orifice mitral.

V. — Greves insiste sur la variabilité des bruits du souffle même dans les maladies organiques les mieux caractérisées du cœur. Tout d'abord, ils peuvent absolument faire défaut. Le souffle présystolique du rétrécissement mitral, par exemple, manque parfois complètement, à plus forte raison les bruits de régurgitation, les souffles d'insuffisance, qui peuvent tenir à une dilatation passagère des cavités ventriculaires. Les bruits les plus stables, et cela se conçoit, sont les souffles systoliques de rétrécissement aortique ou pulmonaire : encore ceux-ci disparaissent-ils souvent, quand ils sont peu accentués.

VI. — Voici les conclusions que tire M. Duroziez d'une statistique de 35 individus :

*a*) Le rétrécissement mitral permet de dépasser 60 ans exceptionnellement.

*b*) La complication d'insuffisance mitrale n'aggrave pas le pronostic(?).

*c*) La complication d'insuffisance aortique l'aggrave.

*d*) La complication de lésion tricuspidienne l'aggrave tout à fait.

VII. — D'après Duroziez, la combinaison rétrécissement mitral et insuffisance aortique est fréquente (la moitié des cas de rétrécissement mitral pur). Elle produit rarement des complications jusqu'à 40 ans. A partir de cet âge elle constitue une aggravation sérieuse. H. R.

VIII. — Le malade de Tillinger est un homme de 36 ans, anciennement syphilitique et rhumatisant, atteint de palpitations depuis dix mois. On lui trouve les signes stéthoscopiques suivants. Frémissement cataire, matité cardiaque étendue : bruit confus, couvrant les claquements valvulaires, et perçu à la distance de 15 centimètres de la poitrine. Le lendemain, sous l'influence de la digitale et du repos, on constate que le souffle est systolique et a son maximum à la base. Au niveau de l'aorte, souffle diastolique.

L'auteur diagnostique une endocardite ulcéreuse avec rupture de la valvule mitrale.

Quelques jours après, symptômes d'embolie cérébrale, hémiplégie droite. Mort.

*Autopsie.* — Péricardite exsudative récente. Cœur hypertrophié. Paroi du ventricule gauche épaissie. Plusieurs cordages tendineux de la mitrale ont été arrachés de leurs insertions aux colonnes charnues. La valve aortique de la valvule séparée de ses attaches est refoulée vers l'oreillette.

A l'orifice aortique, végétations pédiculées blanchâtres.

Dans ce cas, le souffle perçu à distance a permis de faire le diagnostic de la rupture valvulaire. GALLIARD.

IX. — L'auteur, dans un cas de dilatation cardiaque avec asystolie, prescrivit le cactus grandiflorus avec succès, sous forme d'extrait aqueux, à la dose de cinq minimes toutes les quatre heures. L'anasarque disparut rapidement, et depuis cinq mois le malade n'a plus eu d'accident, à la condition de continuer l'emploi de la médication trois fois par jour.

O'Hara regarde le cactus grandiflorus comme un tonique du cœur à la façon de la digitale, très supérieur à la caféine.

X. — Le mémoire de W. Legg est la monographie la plus complète que nous possédions sur les anévrismes du cœur. Reprenant et complétant les travaux de Cruveilhier, de Thurnam, de Pelvet, il donne une description détaillée de toutes les variétés d'anévrismes qui atteignent les cavités cardiaques, et de leur pathogénie complexe. La statistique qu'il fournit compte :

Pour le ventricule gauche : 90 cas.

Pour le ventricule droit : 3 cas.

Ceux des oreillettes sont fort rares et presque toujours dus à de simples dilatations. Par contre, ceux de la cloison, spécialement dans son quart supérieur (*undefended space*), sont fréquents, et s'accompagnent toujours de myocardite, d'ordinaire infectieuse. C'est également à l'endocardite septique que se rapportent les anévrismes valvulaires qui forment le dernier chapitre du mémoire.

XI. — L'auteur établit dans ce travail que les perforations de la cloison dans l'endocardite ulcéreuse ont un lieu d'évolution qui est l'espace membraneux de la partie supérieure du septum (undefended space des Anglais). Elles reconnaissent pour cause anatomique, soit un anévrisme, soit une myocardite aiguë. On ne saurait les confondre avec les perforations congénitales par malformation cardiaque, bien qu'elles siègent au même point. Leur pourtour est toujours déchiqueté, ulcéreux et garni de végétations fibrineuses constituées presque exclusivement par des micro-organismes. Leur symptomatologie est mal définie : l'auscultation ne fournit que des données incertaines. La cyanose peut, dans certains cas, être un bon élément de diagnostic.

XII. — Malade fatigué depuis près d'un an. Vers le milieu de juillet il contracte une sorte de grippe dans le cours de laquelle il expectore des crachats rouillés. Pendant l'évolution de cette pneumonie, on remarque que les battements du cœur sont sourds et mal frappés, tout en restant réguliers; la langue est sèche, l'état général mauvais. Le 28 juillet survint un frisson, suivi d'un second très intense le lendemain : à partir de ce moment jusqu'à sa mort (24 août) frissons répétés et accidents fébriles intermittents vespéraux. On songeait à la possibilité du début d'une pleurésie purulente, lorsque le 12 août on constata l'existence d'un double souffle à la base du cœur, ce qui permit d'affirmer l'endocardite ulcéreuse.

L'autopsie montra une série de végétations sur les valvules sygmoïdes de l'aorte, avec une destruction incomplète des valvules : la mitrale était également insuffisante. Des infarctus existaient dans la rate, les reins et le cerveau.

La seconde observation est également un type d'endocardite ulcéreuse à forme pyémique.

XIII. — Une femme de 34 ans, d'une bonne santé jusque-là, se présente à l'hôpital avec de la fièvre, un peu d'oppression et des douleurs articulaires analogues à celles d'un rhumatisme subaigu. On constate un souffle systolique paraissant plus intense à la base du cœur, mais s'entendant également à la pointe. Il n'existe aucune complication pulmonaire ni rénale. Deux jours après son entrée, cette femme est prise de vomissements, avec abaissement notable de la température, accidents qui disparaissent rapidement et font place à un état de bien-être. Tout à coup, le lendemain, elle est prise d'un violent accès de suffocation avec sensation d'angoisse précordiale ; on constate que la matité du cœur a augmenté, et l'on diagnostique un épanchement péricardique. Dans la soirée, un nouvel accès de suffocation emporte la malade.

L'autopsie révèle la présence d'un volumineux épanchement sanguin dans le péricarde. Le point de départ de l'hémorragie était une petite perte de substance siégeant à la base de l'aorte au point de son émergence du muscle cardiaque, et à peine grosse comme une tête d'épingle. Le cœur était absolument sain, ainsi que les valvules, sauf au niveau de l'insertion de deux des valvules sygmoïdes de l'aorte. Là existait un petit ulcère cratériforme qui s'ouvrait d'une part dans la cavité péricardique et atteignait d'autre part l'oreillette droite au-dessus de la valve interne de la tricuspide. Les bords de l'ulcération étaient recouverts par une série de végétations fibrineuses.

C'est là un fait rare d'endocardite ulcéreuse primitive, sans myocardite concomitante, survenue en dehors de toute maladie générale et localisée en un point très circonscrit de l'endocarde. — Heslop (*Med. Times and G.*, 1856) a publié un cas analogue. H. R.

I. — **Unique specimen of ossification at the aortic orifice, par ESKRIDGE** (*Medic. news*, 31 *mars* 1883).

II. — **Du souffle sibilant au deuxième temps dans l'insuffisance aortique, par DUROZIEZ** (*Union médicale*, *n°* 4, *p.* 37, *janv.* 1884).

III. — **Recherches sur le pouls capillaire visible, par Alb. RUAULT** (*France médicale*, *p.* 169, *août* 1883, *et thèse de Paris* 1883).

IV. — **Nouvelle théorie du pouls de Corrigan, par LE MÊME** (*France médicale*, *p.* 241, *août* 1883).

V. — **Note sur le pouls sous-unguéal, par H. GRIPAT** (*Ibid.*, *p.* 554, *oct.* 1883).

VI. — **Recherches physiologiques et cliniques sur les modifications du retard du pouls dans les lésions de l'orifice aortique, par RIVALS** (*Thèse de doct.*, *Bordeaux*, 1883).

VII. — **Ueber die Heilbarkeit der Herzklappenkrankheiten, namentlich der Aorteninsuffizienz, par DRASCHE** (*Wien. med. Woch. n°* 1, 1883).

VIII. — **Ataxie locomotrice et lésions cardiaques, par H. TRUC** (*Lyon médic.*, *avril* 1883).

IX. — **Note sur les lésions trophiques des valvules aortiques dans l'ataxie, par J. TEISSIER** (*Ibid.*, 10 *fév.* 1884).

I. — Le cas d'Eskridge concerne un homme de 70 ans, chez lequel l'athérome aortique et l'ossification des valvules semi-lunaires avaient pris des proportions inusitées. Il existait à l'entrée de l'aorte un dia-

phragme calcifié de près d'un quart de pouce d'épaisseur, absolument rigide et oblitérant complètement la lumière du vaisseau.

Il n'existe point d'orifice central; la soudure médiane des valvules est absolue; mais sur les côtés, vers les insertions périphériques de ces replis membraneux, se voient deux pertuis de 2 millimètres de diamètre environ, restés perméables au courant sanguin. H. R.

II. — Duroziez cite le fait d'un individu chez lequel le bruit de souffle de l'insuffisance aortique avait le caractère musical et sibilant. L'ensemble des symptômes ne pouvait faire hésiter sur le diagnostic. Ce fait avait été déjà signalé par Hope, et on le retrouve dans quelques observations publiées (Galpin, Loriette et Hogue). H. R.

III. — Le fait sur lequel M. Ruault appelle l'attention avait été déjà signalé par Quincke (1868), et par Becker (1871) sur les vaisseaux de la rétine. En France, Gripat en avait fait connaître une observation. Le phénomène consiste en des alternatives de pâleur ou de rougeur isochrones à la systole et à la diastole cardiaques, et spontanément visibles aux ongles des doigts de la main. L'apparence devient bien plus manifeste, quand on active la circulation locale de la peau par une friction limitée: en frottant la peau du front on provoque une tache vasomotrice qui devient le siège de battements visibles, et qui permet de compter le pouls du malade comme si l'on avait la radiale sous le doigt.

Or, ce pouls capillaire ainsi amplifié ne se rencontre jamais chez les sujets sains. M. Ruault l'a constaté deux fois chez des chlorotiques, deux fois chez des saturnins, une fois chez un malade atteint de néphrite interstitielle; par contre, il est la règle dans l'insuffisance aortique, où on le démontre de la façon la plus nette. Lorsque le cœur est forcé, et qu'il existe de l'arythmie ou de la stéatose cardiaque, le phénomène disparaît plus ou moins complètement.

C'est donc dans l'insuffisance aortique que le phénomène est le plus net, et qu'il peut avoir une valeur diagnostique réelle. Les récentes recherches de Franck ont en effet démontré que dans cette maladie la pression artérielle, loin d'être diminuée, est toujours égale et souvent supérieure à la normale.

Ceci tient à un état de contracture spasmodique presque constant de l'arbre artériel. En produisant momentanément une paralysie vasomotrice qui fait cesser le spasme, le sang, chassé par l'impulsion exagérée du cœur, se transmet avec les saccades qu'il présente au sortir du ventricule.

IV. — La seconde communication de M. Ruault, qui se trouve également développée dans sa thèse, a trait au mécanisme en vertu duquel se produit le pouls capillaire visible. L'auteur fait trop bon marché, suivant nous, des variations de pression brusque du sang, accrues par l'élasticité des artérioles. Il donne la prépondérance au spasme artériel dans le phénomène, et admet presque que c'est l'unique cause du pouls de Corrigan. Pour lui, l'élasticité artérielle est diminuée, au lieu de se maintenir dans des conditions normales ou exagérées. H. R.

V. — La note de M. Gripat est confirmative des faits allégués par Ruault et Tapret, C'est l'observation d'un cas déjà autrefois publié d'insuffisance aortique, dans lequel à chaque systole ventriculaire on voyait affluer le sang sous l'ongle du malade, tandis que pendant la diastole la partie centrale du champ sous-unguéal était pâle. H. R.

VI. — Plusieurs observations cliniques, accompagnées de tracés graphiques, et un grand nombre d'expériences pratiquées sur des chiens forment le corps du travail de M. Rivals. De ces divers faits l'auteur conclut, comme François-Franck, que le retard du pouls sur le cœur est diminué dans l'insuffisance aortique, et que cette diminution est surtout sensible au voisinage du cœur. Il ajoute que le retard est au contraire augmenté dans le rétrécissement aortique. Dans l'insuffisance, la pression artérielle moyenne est conservée ; mais le cours du sang, au lieu d'être continu, tend à devenir intermittent. C'est à cette intermittence que Rivals attribue la pâleur, le pouls sous-unguéal, les troubles cérébraux, le refroidissement périphérique, en un mot la plupart des symptômes d'anémie locale que d'autres physiologistes, et parmi eux François Franck, croient dépendre d'influences vasomotrices. X. ARNOZAN.

VII. — Les lésions des valvules du cœur ne causent pas toujours des troubles fonctionnels définitifs et absolument incurables; il peut arriver en effet que leurs déformations soient corrigées par l'extensibilité des tissus, et que, grâce à une sorte d'accommodation spéciale, l'occlusion des orifices passagèrement compromise finisse par s'effectuer d'une façon régulière.

C'est l'orifice aortique qui semble le plus apte à bénéficier de ce processus favorable. Voici une observation intéressante à cet égard :

M. X..., 48 ans, artiste dramatique, atteint depuis 10 ans, d'oppression, de palpitations, de dyspnée, a eu à plusieurs reprises de l'œdème des membres inférieurs, avec albuminurie.

Le 27 mars 1882 il se présente à l'hôpital général de Vienne, où l'on constate une hypertrophie du cœur, sans souffle ni bruits anormaux.

Il se décide à entrer dans le service de Drasche le 8 juin, et là on note à la base du cœur un souffle diastolique, prolongé, caractéristique de l'insuffisance aortique. La pointe du cœur hypertrophié bat dans le septième espace intercostal. L'auscultation des carotides révèle deux bruits dont le premier est sourd non soufflant, le second soufflant et rude. Le pouls est bondissant. Les artères sont manifestement athéromateuses. Il y a de l'œdème des membres inférieurs, un peu d'exophtalmie avec tuméfaction du corps thyroïde, une légère dilatation de la pupille gauche. L'urine contient des cylindres et des éléments épithéliaux. (Insuffisance aortique et maladie de Bright.)

L'auteur prescrit du sulfate de quinine à la dose de 1 gr. 50 par jour, et, grâce à cette médication, les accès de dyspnée cessent, l'œdème des jambes disparaît.

Le 23 juin on constate que le souffle aortique est devenu très faible et qu'il ne se fait entendre que dans un espace fort restreint. Le malade quitte l'hôpital, puis y revient le 30 juin avec un œdème considérable ; à ce moment le souffle de la base a complètement disparu.

Depuis ce jour on cherche en vain à le retrouver. Le malade succombe le 11 octobre.

Les signes stéthoscopiques de l'insuffisance aortique n'ont persisté que quatorze semaines.

A l'autopsie, néphrite chronique, hypertrophie du cœur; toutes les artères présentent des parois épaissies et ossifiées, l'aorte n'échappe pas à la loi commune. Les bords libres des valvules de l'aorte sont rigides, épaisses de 4 millimètres au niveau des bords libres, amincies au niveau des insertions. Conservation de l'élasticité des sacs valvulaires. L'expérience qui consiste à verser de l'eau dans l'aorte est absolument concluante, le liquide est maintenu par les valvules ; il n'y a donc pas insuffisance. L. GALLIARD.

VIII. — Les rares observations d'affections cardiaques chez les ataxiques témoignent du peu de fréquence de cette complication. L'auteur en a pu observer six cas dont il donne la relation :

1° Homme de 63 ans, début de l'affection médullaire il y a 4 ans. Syphilis antérieure à l'âge de 24 ans. Ce malade présente, avec les signes les plus caractéristiques du tabes dorsalis, de l'athérome vasculaire, une insuffisance mitrale et un rétrécissement aortique ;

2° Homme de 52 ans, sans antécédents héréditaires, n'ayant pas eu la syphilis. Début de la maladie en 1881. On constate avec les signes du tabes un souffle caractéristique d'une insuffisance aortique ;

3° Femme de 59 ans, ni syphilis, ni rhumatisme, ni alcoolisme. Début de l'affection médullaire il y a 6 ans. Atrophie papillaire, glycosurie. A l'auscultation, souffle diastolique dont le maximum est à la base près de la fourchette sternale. Athérome très prononcé ; pas d'albuminurie ;

4° Femme de 60 ans, syphilis à l'âge de 19 ans. Il y a 4 ans, début du tabes par de l'amaurose, puis douleurs en ceinture, incoordination motrice, etc. La malade mourut de congestion pulmonaire. Dans les derniers temps de sa vie, on a constaté un souffle très net, systolique, à maximum vers la pointe du cœur, se dirigeant du côté de l'aisselle. A l'autopsie, on ne trouva cependant aucune lésion valvulaire.

5° Employé de bureau, 68 ans, rhumatisme chronique, signe d'aliénation mentale, ataxie locomotrice très manifeste. Rétrécissement et insuffisance aortiques avec albuminurie légère.

6° Homme de 50 ans, depuis longtemps ataxique, non alcoolique. Insuffisance aortique, polyurie et albuminurie.

Après avoir discuté les opinions émises par Grasset, Letulle (voy. *R. S. M.*, XVI, 152, XVIII, 525, 531), l'auteur conclut ainsi :

L'affection cardiaque ne résulte pas du retentissement douloureux de l'ataxie sur le cœur.

Les affections mitrales semblent coïncider simplement avec l'ataxie.

Les affections aortiques sont peut-être produites par un processus athéromateux qui frapperait les valvules aortiques, les zones radiculaires postérieures et quelquefois le rein lui-même.

Renaut (de Lyon) pense que cette triade, ataxie, néphrite interstitielle et affection aortique, forme un type morbide déterminé.

IX. — L'auteur a trouvé chez deux ataxiques de petites perforations à l'emporte-pièce des valvules, sans aucune altération de l'arbre aortique. En recherchant si ces lésions étaient propres à l'ataxie, J. Teissier a pu se convaincre par 35 autopsies qu'on les retrouvait dans un grand nombre d'affections chroniques du système nerveux l'ataxie en première ligne. Ces lésions ne sont pas le résultat de l'âge avancé et ne peuvent être regardées comme des malformations congénitales. Elles sont bien consécutives à la maladie propre de la moelle et ne peuvent être rapportées qu'à des troubles trophiques portant sur l'appareil valvulaire.

A. CARTAZ.

**I. — Dilatation du cœur droit d'origine gastrique, par DESTUREAUX** (*Thèse de Paris*, 1879).

**II. — Recherches expérimentales sur la pathogénie des lésions du cœur droit, consécutives à certaines maladies douloureuses de l'appareil hépatique et gastro-intestinal, par MOREL** (*Thèse de Lyon*, 1880).

**III. — De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie, et réciproquement, par H. RENDU** (*Mém. de l'Acad. de médecine*, 1883).

**IV. — Recherches cliniques sur les accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépatiques, par BARIÉ** (*Revue de médecine*, 1883).

**V. — Les dilatations du cœur droit, par A. FABRE** (*Paris*, 1883).

**VI. — Trois ordres de phénomènes cardiaques dans l'ictère, par LE MÊME** (*Fragments de clinique médicale, p.* 194, 1881).

**VII. — Lésions de la tricuspide dans la phtisie, par LE MÊME** (*Ibid., p.* 215, 1881).

**VIII. — Du rétrécissement très étroit de la tricuspide, par DUROZIEZ** (*Union médicale, p.* 1081, 1883).

**IX. — Du souffle tricuspidien à la pointe, par LE MÊME** (*Union médicale, nov.* 1883).

**X. — Case of stenoeis of the tricuspid valve, par Herman MOORE** (*S. Barth Hop. Rep. XVIII, p.* 225, 1881).

**XI. — Contribuzione alla studio dell'endocardite acquista acuta unilaterale destra, par COLOMIATI** (*Arch. per le Sc. mediche, n°* 4, 1882).

**XII. — A movable clot in the right auricle, par Neil MACLEOD** (*Edinb. med. journ., p.* 696, *fév.* 1883).

**XIII. — Ein Fall von acquisirter Stenose des Ostium pulmonale, par Th. RINSEMA** (*Deutsch. Arch. für kl. Med. Band., XXXIV, Heft.* 2, *p.* 216, 1883).

**XIV. — Rétrécissement non congénital de l'artère pulmonaire, endocardite végétante, par H. RENDU** (*Soc. méd. hop. déc.* 1883, *et Union médicale, fév.* 1884).

**XV. — An anomaly of the human heart, par H. GRANT** (*Americ. journ. of the med. sc. p.* 149, *juillet* 1883).

**XVI. — On some forms of dilatation of the heart, par Samuel WEST** (*S. Barth. hosp. Rep., t. XVII, p.* 195.

I. — Thèse inspirée par M. le professeur Potain, et où se trouve consignée la première observation de dilatation du cœur droit consécutive à des affections gastrohépatiques.

II. — MM. Arloing et Morel ont cherché à prouver expérimentalement l'accroissement de la tension pulmonaire sous l'influence d'une excitation de l'estomac et du foie. Sur un chien trachéotomisé et curarisé, auquel on fait la respiration artificielle, le cœur est mis à nu, et on adapte à l'artère pulmonaire un tube de caoutchouc communiquant avec un manomètre enregistreur ; cela fait, on excite l'estomac et les intestins au moyen de deux électrodes, et l'on constate l'élévation de la courbe qui indique la tension pulmonaire.

Lorsque cette expérience est faite après section des deux pneumogastriques, le résultat est le même, ce qui prouve que l'excitation réflexe se transmet aux poumons par la voie du grand sympathique. C'est également la conclusion à laquelle aboutit M. Teissier (*Progrès médic.* 1879).

H. R.

III. — Le travail de M. Rendu est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur examine comment une maladie de cœur confirmée agit sur le foie, et quelles lésions de structure elle y détermine. Il conclut de ses

recherches que la cirrhose d'origine cardiaque existe bien véritablement, qu'elle débute par la périphérie des lobules et non autour de la veine centrale intralobulaire, et qu'elle se montre aussi bien dans les cardiopathies secondaires (mal de Bright) que dans les cardiopathies primitives. Le fait clinique le plus saillant est l'inégalité des lésions hépatiques suivant les sujets, malgré des conditions apparentes d'asystolie, ce qui prouve que chaque organe réagit à sa manière dans la maladie, et ce qui réduit à néant les théories hydrauliques connues sous le nom de cycle cardiaque.

La seconde partie du mémoire est consacrée à l'étude des phénomènes cardiaques qui surviennent à l'occasion d'une maladie de foie primitive. L'auteur montre que tout d'abord les troubles fonctionnels sans lésions appréciables de l'organe sont fréquents, et il passe en revue les palpitations, la dyspnée, l'arythmie, que l'on observe en pareil cas, sous l'influence d'un ictère catarrhal ou d'une colique hépatique. A un degré plus considérable ce sont des phénomènes de dilatation ventriculaire, d'abord passagers, puis permanents, que l'on observe, et cet état se caractérise par l'exagération du 2e bruit pulmonaire et le redoublement du 1er bruit dans la région sternale, au foyer des bruits tricuspidiens. Le souffle systolique sternal est également fréquent dans cette forme, quand il se joint à la dilatation de l'insuffisance valvulaire. A la longue, de véritables lésions organiques du cœur finissent par se produire, et l'auteur en cite plusieurs observations.

Quant au mécanisme de la production de ces dilatations secondaires, l'auteur discute les opinions de MM. Potain, Teissier et F. Franck. Il serait tenté d'admettre, au nom de la clinique, que le réflexe part du foie ou de l'estomac, se réfléchit suivant les cas, tantôt par le sympathique et tantôt par le pneumogastrique, ce qui expliquerait certaines variétés des symptômes cliniques, tels que l'arythmie du cœur sans exagération appréciable de la tension sanguine pulmonaire. H. R.

IV. — Le mémoire de M. Barié vise surtout les diverses formes cliniques sous lesquelles se présentent les accidents cardiopulmonaires d'ordre gastrique. D'après lui, les dyspepsies retentissent sur le cœur de quatre façons différentes :

*a*) Le cœur seul est troublé; palpitations et intermittences. Du côté du poumon, oppression allant parfois jusqu'à l'orthopnée, survenant par accès après les repas, et cessant une fois le travail de la digestion terminé. Du côté du cœur, dilatation des cavités droites, avec insuffisance tricuspidienne passagère. Les signes cliniques de cette dilatation sont un bruit de galop sternal, et l'accentuation du bruit diastolique au niveau de l'artère pulmonaire, preuve de l'élévation de la tension sanguine pulmonaire. L'accès d'asystolie est souvent caractérisé, par la petitesse du pouls, la cyanose, le refroidissement des extrémités, la dilatation pupillaire, et parfois de petites hémoptysies.

*c*) Les accidents prennent les allures de l'angine de poitrine, avec cette particularité que les accès se produisent exclusivement pendant le travail digestif.

*d*) Par contre, dans les formes ébauchées, les accidents se bornent à un peu d'essoufflement après les repas; on perçoit comme unique phénomène stéthoscopique l'accentuation du 2e bruit.

Ces accidents surviennent plutôt à la suite des affections légères des

voies digestives (catarrhe, graviers, calculs biliaires) que dans le cours des maladies organiques; ils se montrent de préférence chez les individus névropathiques. La statistique des faits observés par Barié porte sur 28 femmes et 19 hommes.

Le pronostic n'est pas en général grave, mais la récidive est fréquente. Le régime lacté est le seul remède efficace : il réussit merveilleusement dans les dyspepsies gastriques : il est plus inconstant dans les dyspepsies d'origine hépatique. H. R.

V. — La question des dilatations du cœur droit est traitée en grands détails dans le mémoire de M. Fabre. Un premier chapitre est consacré aux dilatations qui dépendent de certaines maladies abdominales, telles que les affections gastro-hépatiques, ainsi que les lésions utérines : les palpitations consécutives aux pertes séminales en sont un frappant exemple. Ailleurs, l'ectasie du cœur droit relève de vieilles affections pulmonaires (déviations thoraciques, pleurésie, pneumonie chronique, emphysème, phtisies fibreuses chroniques) : ou encore, de lésions primitives du cœur gauche. La dilatation avec insuffisance tricuspidienne consécutive au rétrécissement mitral est bien connue : il en est de même de celle qui survient par le fait de l'endocardite aiguë.

Enfin, elle est souvent liée à l'existence de maladies générales, mais en pareil cas la dilatation porte indifféremment sur les cavités droites et gauches. L'auteur fournit des détails intéressants sur l'état du cœur dans la fièvre typhoïde, la variole et l'impaludisme. Suivent des chapitres fort complets, sur les signes fournis par l'examen du cœur et du système veineux, sur le pronostic et le traitement. C'est donc un chapitre de pathologie générale fort important qui est consigné dans ces leçons. H. R.

VI. — L'ictère retentit sur le cœur de trois façons différentes.

1° Tout d'abord, il détermine des troubles fonctionnels, caractérisés par de la sensibilité cardiaque, de la douleur précordiale, des palpitations, parfois même de l'arythmie.

2° Dans un second ordre de faits, la dilatation paraît s'exercer sur le ventricule gauche, et l'ictère semble s'accompagner d'une insuffisance mitrale fonctionnelle. D'accord avec Gangolphe et Demange, et contrairement à l'opinion de M. Potain, Fabre admet que le souffle systolique de la pointe s'entend dans ces circonstances avec tous les caractères de l'insuffisance mitrale : pour lui, il existerait alors une véritable myocardite, mais il n'en fournit par la preuve.

3° Enfin, le cœur droit est également le siège de dilatation sous l'influence de la jaunisse. On observe alors le souffle tricuspidien, le bruit de galop droit et l'accentuation du 2e bruit pulmonaire signalés par M. Potain. H. R.

VII. — A propos de deux faits d'endocardite végétante tricuspidienne observée chez des phtisiques et terminés par embolie pulmonaire, M. Fabre étudie les conditions d'inflammation du cœur droit dans la tuberculose et il arrive, par des considérations théoriques, à les regarder comme relativement fréquentes. C'est la doctrine soutenue jadis par M. Jaccoud dans ses cliniques, doctrine qui s'appuie sur des faits réels, mais, croyons-nous, exceptionnels. La symptomatologie est en rapport avec les phénomènes de thrombose auriculaire, amenant l'asphyxie et la cyanose progressive, ou d'embolie, caractérisée par la mort subite et la dyspnée excessive. H. R.

VIII. — La note de M. Duroziez est la confirmation des résultats généraux avancés par Fenwick. Comme l'auteur anglais, il constate que le rétrécissement tricuspidien coexiste toujours avec le rétrécissement mitral, et appartient surtout au sexe féminin. Ce n'est pas une lésion très rare, mais elle passe fréquemment inaperçue, parce qu'elle ne fournit pas de signes spéciaux. Duroziez prétend qu'on peut rencontrer, comme unique signe, le roulement diastolique au niveau des cavités droites; on présumera que la lésion occupe l'orifice tricuspidien, si les jugulaires sont constamment distendues au maximum, à une période où il n'y a pas encore de signes d'asystolie. Pour l'auteur le signe le plus certain est la prédominance du roulement diastolique à droite du sternum. H. R.

IX. — 1° Le souffle de la tricuspide peut s'entendre sur toute la surface du ventricule droit : c'est-à-dire sur toute la surface antérieure du cœur, les points maxima varient tantôt en bas du sternum tantôt le long du bord inférieur, tantôt à la pointe.

Il peut n'être entendu qu'à la pointe, et attribué à tort à la mitrale.

Le souffle mitral s'entend dans l'aisselle et en arrière; le souffle tricuspidien ne dépasse point la pointe à gauche, et ne s'entend ni dans l'aisselle ni en arrière.

Les variétés de siège du souffle tricuspidien sont dues aux variétés de développement du ventricule droit, et peut-être du poumon droit, il peut exister sans pouls veineux, et *vice versa* le pouls veineux peut exister sans souffle tricuspidien.

Le piaulement est souvent tricuspidien. H. L.

X. — Le cas de Norman Moore concerne un jeune garçon de 16 ans, à l'autopsie duquel on trouva un double rétrécissement auriculo-ventriculaire, aussi marqué à la valvule tricuspidienne qu'à la mitrale. Il ne s'agissait pas d'une malformation congénitale mais d'une endocardite manifestement acquise. Le péricarde était également enflammé, ainsi que l'aorte à son orifice ventriculaire. H. R.

XI. — On admet que l'endocardite unilatérale droite est exclusivement une affection fœtale. Colomiati en a observé six cas chez l'adulte en trois ans.

1° Femme de 24 ans. Rhumatisante morte d'infection puerpérale à la suite d'une fausse couche. Cœur sain à gauche. Sur la valve antérieure de la valvule tricuspide, perforation presque circulaire entourée de végétations rares. Sur deux valvules sigmoïdes pulmonaires, végétations d'origine récente. Végétations peu proéminentes à l'origine de l'artère pulmonaire et sur l'endocarde de l'infundibulum. Infarctus pulmonaires, limités à droite.

2° Homme de 53 ans, atteint de pneumonie catarrhale, néphrite interstitielle et catarrhe intestinal. Endocardite végétante limitée à la valvule tricuspide. Les végétations sont très développées et très friables. Perforation de la valvule antérieure. Les signes cliniques ont fait défaut pendant la vie.

3° Femme de 60 ans, morte de pleuropneumonie gauche. Les bruits du cœur étaient profonds, mais nets. Végétations sur les trois valvules de l'orifice tricuspide; les autres orifices étaient sains.

4° Jeune homme de 20 ans. Rhumatisme polyarticulaire aigu. Petites végétations sur les trois valves de l'orifice tricuspide.

5° Enfant de 4 ans; tuberculose pulmonaire et intestinale. Quelques végétations sur la valvule tricuspide, limitées à l'extrémité gauche de la valve antérieure; et sur la valve interne, végétations peu saillantes, semi-transparentes, quelques-unes d'une consistance très faible.

6° Homme de 75 ans, mort de pneumonie catarrhale aiguë. Hypertrophie

du cœur. Myocarde sain ; cœur gauche : épaississement léger de la mitrale athérome de l'aorte, mais sans calcification. Cœur droit: endocarde du ventricule sain, mais celui de l'oreillette est le siège d'une endocardite végétante aiguë ; la lésion est en rapport avec la cloison inter-auriculaire, plus particulièrement sur l'anneau de Vieussens, et sur la fosse ovale. Infarctus hémorragiques dans les poumons. F. H.

XII.— Un homme de 29 ans est atteint de phénomèmes cholériformes, avec diarrhée, vomissements riziformes, crampes, aphonie, anurie, etc., qui le mettent à deux doigts de sa fin. Au moment où la convalescence semblait s'établir et le danger passé, survient brusquement une violente convulsion suivie de perte de connaissance. Le pouls bat d'une façon précipitée et imperceptible, les bruits valvulaires s'entendent à peine. En même temps une dyspnée excessive accompagnée de cyanose, fait songer à une embolie de l'artère pulmonaire. Au bout de quelques heures, une amélioration notable s'était produite, lorsqu'une seconde attaque survint ; à partir de ce moment, le malade devint comateux, et la mort arriva 48 heures après.

L'autopsie fit voir un volumineux caillot fibrineux, évidemment de date assez ancienne, qui était mobile dans l'oreillette droite et reposait sur l'orifice auriculo-ventriculaire.

L'auteur suppose que l'attaque convulsive avec suffocation s'était produite au moment où le caillot se détachant était venu empêcher brusquement le jeu de la valvule tricuspide. H. R.

XIII.— L'observation de Rinsema concerne un rhumatisant atteint de dyspnée et de cyanose, chez lequel on entendait un souffle systolique sous la clavicule gauche, au 2e espace intercostal. Le point insolite de l'observation est l'existence d'une ascite considérable qui dut être ponctionnée plusieurs fois. On trouva à l'autopsie une cirrhose hépatique avec rétraction de l'organe. L'artère pulmonaire était fort rétrécie par soudure des valvules. A. MATHIEU.

XIV. — Dans le fait de Rendu, il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, qui présentait l'aspect général d'un malade atteint d'insuffisance aortique avec des symptômes prononcés d'anémie cérébrale. On entendait à la base du cœur un souffle, localisé au 2e espace gauche, qui retardait notablement sur la systole ventriculaire et se continuait durant une partie du grand silence. Le malade succomba aux progrès d'une néphrite intercurrente. L'autopsie fit voir une soudure des valvules sigmoïdes pulmonaires telle, qu'on ne pouvait y passer une plume à écrire. En aval de l'obstacle, aussi bien qu'en amont, le calibre du vaisseau était énormément dilaté, le ventricule droit très hypertrophié ; par contre l'aorte était réduite et son calibre diminué d'un tiers. La difficulté du passage du sang à travers un pertuis aussi étroit expliquait le retard du bruit de souffle, et aussi sa persistance. H. R.

XV. — Chez une jeune mulâtresse âgée de 16 ans, on constate pendant la vie, une oppression habituelle, accompagnée de toux, et, à plusieurs reprises d'hémoptysies ; les doigts sont en massue, la taille petite, le développement général médiocre. A la région du cœur, augmentation de la matité précordiale, et souffle intense d'insuffisance tricuspidienne, avec irrégularités du pouls. Aggravation des troubles circulatoires et mort.

A l'autopsie, noyaux d'apoplexie pulmonaire et malformation cardiaque ainsi constituée. L'oreillette droite est dilatée, et la valvule tricuspide largement insuffisante ; le ventricule droit est également dilaté, et ne présente aucune trace d'infundibulum, ni d'origine de l'artère pulmonaire. Intégrité des cavités gauches et de la mitrale. Les deux ventricules donnent également

naissance à l'aorte, une des valvules sigmoïdes s'attachant sur la partie qui correspond au ventricule droit, une autre sur le ventricule gauche, la troisième sur la partie postérieure du septum interventriculaire. Intégrité du reste de ces valvules qui sont parfaitement suffisantes.

Il n'existe naturellement pas de traces du canal artériel. En revanche, au niveau du repli péricardique, naissent de l'aorte deux troncs d'un quart de pouce de diamètre, qui se dirigent à droite et à gauche vers les hiles des poumons, pour se distribuer dans ces organes et y suppléer probablement l'artère pulmonaire. Cette dernière constatation n'a cependant pu être faite, l'ouverture et l'examen détaillé du cœur n'ayant eu lieu qu'après l'autopsie faite.

L'auteur considére cette anomalie cardiaque comme probablement unique dans la science. A. CHAUFFARD.

XVI.—Dans ce mémoire, West passe en revue les diverses conditions pathogéniques de la dilatation du cœur. Elles tiennent suivant lui, à trois facteurs : 1° modification de quantité ou de qualité du sang (chlorose, anémie, hémorragie, toxhémies ; 2° altération de la fibre musculaire elle-même (atrophie vraie, stéatose, dégénération des fibres aiguë ou chronique, inflammations dans le cours de fièvres ou à la suite de la péricardite) ; 3° désordres du système nerveux (névroses du cœur, goître exophtalmique. Le surmenage du cœur, qui amène également la dilatation de l'organe, rentre dans cette catégorie. H. R.

**I. — Ueber die Beziehungen der Schwielenbildung im Herzen zu den Störungen seiner rhytmischen Thätigkeit (Rapports des cicatrices du cœur avec ses troubles rythmiques), par W. EBSTEIN** (*Zeitsch. für klin. Med. Bd. VI, p.* 97, 1883).

**II. — Sur un point relatif à la physiologie pathologique du cœur, par LÉPINE** (*Revue de médecine, p.* 239, 1882).

**III. — Sur la dissociation du rythme auriculaire et ventriculaire, par CHAUVEAU** (*Lyon médical, p.* 145, *n°* 5, *fév.* 1883).

**IV. — Ueber Tachycardie, par PRŒBSTING** (*Deutsch. Arch. für klin. Med. Band. XXXI, Heft* 3 *et* 4, *p.* 349, 1882).

**V. — Pain at the heart and palpitation (clinical lecture on), par BURNEY YEO** (*The Lancet*, 12 *août* 1882).

**VI. — Le malattie nervose e funzionali del cuore, par CARDARELLI** (*Naples*, 1882).

**VII. — Zur Pathologie der Herznerven, par B. USKOW** (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol. Bd. XCI, Heft* 3, *p.* 453, 1883).

**VIII. — Des cardiopathies réflexes d'origine brachiale, par L. LASSÈGUE** (*Thèse de Paris*, 1883).

**IX. — Embolie des artères coronaires, par POPOFF** (*Vratsch, n°* 2, 1882).

**X. — Zur Lehre von den Functionsstörungen einzelner Herzhöhlen, par LUKJANOW** (*Centralbl. für die med. Wissensch., n°* 18, 1882).

**XI. — De l'angine de poitrine rhumatismale, par J. MARTINET** (*Thèse de Paris*, 1884).

I. — Ebstein a cherché à déterminer dans quelle mesure les irrégula-

rités cardiaques pouvaient servir au diagnostic de la myocardite scléreuse. Il cite des exemples de myocardite scléreuse étendue dans lesquels il ne se produisit pas d'arythmie, mais quand l'arythmie existe et qu'elle est persistante, il faut penser à cette forme de myocardite. Ces irrégularités tiennent probablement moins à la lésion du myocarde qu'à un trouble concomitant de l'appareil nerveux du cœur. M. DEBOVE.

II. — Chez certains cardiaques on observe, dit l'auteur, un écartement anormal des systoles auriculaire et ventriculaire, ce qui serait dû vraisemblablement à une perturbation dans le fonctionnement du pneumogastrique. Ce rythme anormal aurait pour conséquence, chez certains malades, la production d'un pouls veineux *diastolique*, ainsi que celle d'un bruit de galop, dont le bruit surajouté coïnciderait avec la contraction de l'oreillette. Cette cause de bruit de galop, déjà signalée par M. Potain, deviendrait très facile à saisir chez les malades dont la systole auriculaire précède de beaucoup la contraction ventriculaire.

G. GIRAUDEAU.

III. — Le sujet de ce singulier phénomène est un homme dont les oreillettes battent environ 65 fois, et les ventricules seulement 21 à 24 fois par minute. Il semble y avoir indépendance absolue entre les deux organes, les deux rythmes n'exerçant l'un sur l'autre aucune influence réciproque.

Ce qui frappe le plus dans l'observation de ce malade c'est la lenteur du pouls, (24 pulsations par minute, plateau systolique prononcé, abaissement diastolique lent et sans ondulations). Le pouls cardiaque, pris sur le tambour de Marey, présente deux pulsations : les unes synchrones avec les pulsations radiales, les autres, plus petites et plus brèves, battant un peu plus souvent que la seconde. Ces pulsations appartiennent à l'oreillette, car elles sont identiques à celles du tracé de la jugulaire.

A l'auscultation, cette singulière association du rythme produit une succession de bruits assez semblables à ceux du galop. L'oreille distingue les deux bruits appartenant à chaque grande pulsation ventriculaire : de temps en temps un petit bruit vient s'y ajouter, donnant l'illusion d'un dédoublement du 1er ou du 2e bruit du cœur.

*Preuve de la dissociation des rythmes auriculaire et ventriculaire.* Pour ce qui est des caractères de la grande pulsation, le doute n'est pas possible, il s'agit bien d'une pulsation ventriculaire.

Quant aux petites pulsations du tracé, on pourrait croire d'abord qu'elles sont dûes à des systoles ventriculaires incomplètes : mais on n'observe rien de semblable sur le tracé du pouls radial. Au contraire, en prenant le tracé de la jugulaire, il est manifestement synchrone avec les petites occillations du tracé cardiaque ; il s'agit donc bien d'un rythme auriculaire.

Le malade est mort subitement : on n'a pu faire son autopsie. On avait diagnostiqué une lésion bulbaire, ce qui paraît rationnel. Il existe en effet des expériences qui prouvent que les oreillettes peuvent battre, séparées des ventricules, et suivant un rythme différent. En second lieu quand on sectionne le pneumogastrique droit, la pulsation auriculaire se déplace et se rapproche de la pulsation ventriculaire précédente. Si l'on excite le bout périphérique du nerf ainsi sectionné les pulsations

ventriculaires se ralentissent, et au contraire les pulsations auriculaires s'accélèrent : c'est donc une dissociation de rythme très analogue à ce qui se voyait chez le malade de M. Chauveau. H.-R.

IV. — La tachycardie est l'accélération du cœur déterminée par une paralysie du système d'arrêt de cet organe ou par une hyperkinésie de son système excito-moteur.

Dans certaines affections du système nerveux central, dans la paralysie bulbaire progressive, dans la sclérose en plaques on peut observer des accès de tachycardie. Dans certains cas de tumeur du cervelet ou de la moelle allongée on a également rencontré une pareille accélération du pouls.

Enfin l'auteur rappelle l'observation d'une femme de 41 ans débile et anémique dont le pouls était irrégulier et battait 116-140 à la minute sans que l'administration de la digitale réussît à le ralentir. Cet état du pouls persista pendant des mois. Le foie était considérablement augmenté de volume. Un beau jour survint un ictère très intense et du même coup la fréquence du pouls s'abaissa à 40. En même temps que l'ictère se dissipa, la fréquence du pouls remonta peu à peu à son chiffre antérieur ; il arrivait aussi que par moments le choc du cœur se faisait avec une extrême violence au point d'être entendu à distance. Nouvelle poussée d'ictère, nouveau ralentissement du pouls. La personne en question était d'ailleurs extrêmement nerveuse et à la moindre émotion était prise de tremblements et de palpitations.

Dans une seconde catégorie, l'auteur énumère les cas de tachycardie symptomatique d'une excitation du système excito-moteur. Dans ces cas la tachycardie survenait sous forme d'accès passagers. Eulenburg a publié une observation de tachycardie persistante symptomatique d'une irritation du grand sympathique ; c'était chez une jeune fille atteinte d'une infiltration tuberculeuse des sommets qui avait de la mydriase à droite avec un peu d'exophtalmie, une légère tuméfaction du lobe droit de la thyroïde avec abaissement de la température dans le conduit auditif du côté correspondant, palpitations et accélération du pouls.

Dans les cas d'angine de poitrine, l'accélération du pouls serait souvent aussi le fait d'une excitation du grand sympathique.

Au point de vue du traitement, l'auteur donne la préférence à la digitale en la maintenant à faibles doses. Quand on a des raisons de croire que la tachycardie dépend d'une parésie du nerf vague, on pourra, à l'exemple de Duchenne, appliquer le courant faradique sur la région du cou, c'est-à-dire sur le trajet cervical du nerf en question.

F. LABADIE-LAGRAVE.

V. — L'auteur appelle l'attention sur le phénomène clinique de la *douleur au cœur*, si souvent accusée par les malades. Cette sensibilité, localisée à la région précordiale, est souvent d'origine extrinsèque, soit liée à un rhumatisme musculaire, soit à une névralgie intercostale, ou bien à une périostite des côtes, à un point de pleurésie, enfin à une distension de l'estomac ou de l'angle du colon. Mais indépendamment de ces cas, ordinairement faciles à distinguer, il n'est pas rare de rencontrer une sensibilité nettement limitée au niveau de la pointe du cœur et qui paraît siéger réellement dans cet organe ; une pression modérée du doigt suffit à l'exaspérer.

A l'exemple du professeur Peter, dont il adopte entièrement les vues, l'auteur attribue cette sensibilité cardiaque à une irritation des ganglions et du plexus, consécutive, tantôt à une altération du sang (anémie, tabagisme,) tantôt à une lésion inflammatoire ou dégénérative du muscle cardiaque ou de l'origine de l'aorte. A l'aide de l'extrémité du doigt, qu'on appuie progressivement et avec précaution, il est aisé d'explorer la sensibilité de la région précordiale et de localiser exactement les divers points douloureux. Ces points diffèrent selon les variétés de la névralgie cardiaque, et leur recherche peut ainsi servir au diagnostic : c'est ainsi que la douleur à la pression au niveau du premier et du deuxième espace intercostal, près du sternum, révèle d'ordinaire un état inflammatoire des tuniques de l'aorte; il n'est pas rare dans ces cas d'observer des irradiations douloureuses le long des nerfs phréniques et pneumogastriques au cou; inversement un point douloureux répondant exactement à la pointe du cœur révèle plutôt le début de la myocardite dégénérative qui succède à l'hypertrophie.

Plusieurs observations avec dessins schématiques accompagnent cet intéressant travail. H. BARTH.

VI. — Comme maladies nerveuses, Cardarelli décrit, dans ce livre, la maladie de Basedow, l'angine de poitrine, les palpitations nerveuses, les arythmies nerveuses, l'irritation et la paralysie du vague; comme maladies fonctionnelles, l'hypersystolie, le cœur forcé et le surmènement du cœur, l'insuffisance fonctionnelle.

Il considère la maladie de Basedow comme une névrose dont les principaux symptômes doivent être rapportés au grand sympathique, mais non exclusivement. L'origine de la maladie peut être périphérique ou centrale, et la maladie doit être considérée comme une affection cérébro-spinale. La discussion de cette pathogénie est basée sur un examen fort intéressant des faits publiés et des observations personnelles de l'auteur. Citons à propos de ces dernières, la coïncidence du goître exophtalmique avec l'atrophie musculaire commençante, et avec la paralysie pseudo-hypertrophique.

L'angine de poitrine a été traitée avec le plus grand soin. Cardarelli la considère comme étant le plus souvent une simple névralgie cardiaque et s'attache principalement à l'étude de ses différentes formes. Le chapitre traitement est largement développé et offre beaucoup d'intérêt.

Dans la description de l'irritation du vague, nous signalerons les observations personnelles de l'auteur concernant le pouls lent permanent chez les vieillards. Bien que l'auteur ait largement utilisé, sur ce sujet, les recherches de Charcot, Blondeau, Cantani, Halberton, Franck, etc., on peut dire avec lui que ce chapitre est un des plus nouveaux de l'ouvrage. De nombreux tracés sphygmographiques ajoutent beaucoup à la clarté du texte.

Après avoir décrit la *Paralysie du vague*, dont l'histoire se confond en grande partie avec celle de l'Irritation, l'auteur entre dans de longs développements sur les diverses formes d'arythmie et spécialement sur l'arythmie nerveuse. Il distingue une arythmie atypique, véritable *delirium cordis*, une arythmie bigéminée, trigéminée, quadrigéminée, celles-ci plus rares. Les intermittences vraies, les pseudo-intermittences

font également partie de l'arythmie cardiaque et alternent souvent avec les autres formes.

Dans le chapitre intitulé : *Hypersystolie, Surmènement et Fatigue du cœur*, nous signalerons un très intéressant exposé de cette difficile question de l'influence des efforts musculaires sur le surmènement du cœur.

Cardarelli reconnaît deux classes d'altérations cardiaques par efforts musculaires : 1° des modifications organiques, hypertrophie, dilatation, dégénérescence ; 2° des modifications fonctionnelles, hypersystolie, fatigue cardiaque. Il donne de ces dernières une description complète.

Enfin, une étude de l'insuffisance fonctionnelle des valvules termine cet important ouvrage, dont nous n'avons pu donner ici qu'un trop court aperçu, et qui renferme un exposé complet de l'état de la science sur les maladies nerveuses du cœur, joint aux résultats des nombreuses recherches de l'auteur. F. BALZER.

VII. — L'auteur a examiné les nerfs du cœur dans 34 cas d'hypertrophie de causes diverses : néphrite interstitielle, emphysème pulmonaire, etc. Il a trouvé, dans le plus grand nombre des cas, des lésions qui rappellent celles qui se rencontrent après la section des nerfs. La gaîne de myéline devient irrégulière. Elle présente des resserrements et des épaississements, soit brusques, soit atténués. Sur certains points, la gaîne de Schwann peut même se trouver complètement dépourvue de tout manchon de myéline. La coloration par l'acide osmique montre, dans certains points, la myéline transformée en gouttelettes graisseuses plus ou moins volumineuses. Enfin, plus rarement, il existe une prolifération évidente des noyaux de la gaîne de Schwann. Il s'agit donc d'une véritable névrite dégénérative.

Que faut-il conclure de l'existence de ces lésions? L'auteur pense que les lésions nerveuses se trouvent en relation avec les lésions musculaires du cœur.

Dans quelques cas des lésions analogues ont été rencontrées dans des affections générales : érysipèle, pyélite purulente, lésion syphilitique de la dure-mère, du tibia et des reins. Il semble y avoir quelque chose de semblable à ce qu'on rencontre dans la diphtérie. Les causes générales peuvent donc amener la dégénérescence des nerfs cardiaques.

Nulle part l'auteur n'a rencontré les noyaux macroscopiques signalés autrefois par Cloetta. (*Virchow's Arch.*, Bd. V, p. 274.)

Les ganglions du cœur ont présenté une prolifération des éléments interstitiels avec épaississement de leur capsule, sans modification du protoplasma cellulaire, et par conséquent sans inflammation parenchymateuse perceptible. A. MATHIEU.

VIII. — L'auteur fait connaître un certain nombre d'observations dans lesquelles un traumatisme intéressant les nerfs du bras ou de l'avant-bras a déterminé des troubles fonctionnels du cœur, et a dégénéré en une véritable maladie organique de ce viscère. Il cite des cas de névromes du nerf médian ou du nerf radial, devenus le point de départ de palpitations excessives, et d'une véritable hypertrophie du cœur consécutive. Ces faits avaient déjà été signalés par M Potain, et l'auteur a pu en ajouter quelques nouvelles observations inédites.

Dans le même ordre d'idées il signale des névralgies brachiales périphériques servant de phase initiale à des accès d'angine de poitrine ;

mais nous croyons que les interprétations données à ces faits sont un peu forcées et que, contrairement à l'opinion de l'auteur, nombre de ces cas rentrent dans l'histoire de l'angine de poitrine centrale, avec irradiations périphériques inaugurant les accès. H. R.

IX. — Marin âgé de 53 ans ; attaque d'apoplexie un an et demi auparavant. A ce moment on reconnut l'existence d'une insuffisance aortique. Un matin, ce malade est pris tout d'un coup de vertiges, de vomissements ; il ne peut se tenir debout, les extrémités sont froides, les lèvres livides. A l'examen, on constate l'absence du pouls dans toutes les artères; l'oreille, appliquée sur la région cardiaque, perçoit seulement une espèce de trémulation, comme les sons d'une plaque d'acier en vibration. Aucune perte de connaissance. Respiration régulière de 18 à 20. Vingt heures après le début des accidents, le malade était mort.

L'autopsie confirma le diagnostic fait par Popoff d'une embolie coronaire; il s'appuyait, pour établir ce diagnostic, sur la régularité des mouvements respiratoires, coïncidant avec les signes aussi disparates du côté de l'appareil circulatoire. A. C.

X. — De nouvelles recherches de l'auteur confirment les résultats de ses premières expérimentations faites, comme celles-ci, à l'instigation du professeur Botkin.

La ligature de la branche antérieure de l'artère coronaire gauche produit les mêmes troubles fonctionnels que la ligature du tronc artériel, mais avec plus de lenteur.

Les modifications du rythme cardiaque qui se produisent à la suite de la ligature ou du pincement de l'artère coronaire gauche, se succèdent, dans les expériences les plus nettes, de la manière suivante : d'abord rythme non modifié ou accélération, puis ralentissement, suivi d'une nouvelle période d'accélération et, enfin, contractions irrégulières, plus fréquentes sur le ventricule droit que sur le gauche ; en même temps les contractions des deux ventricules cessent d'être synchrones, les oreillettes ne suivent plus le même rythme que les ventricules.

Les contractions conservent d'abord leurs qualités habituelles, puis il y a de plus en plus tendance au mouvement péristaltique ou d'ondulation.

Il semblerait que dans les premières périodes de l'observation, l'occlusion de l'artère coronaire gauche agit de la même manière sur tout le cœur, si l'on ne remarquait déjà que le ventricule gauche cesse très vite de donner lieu à des secousses secondaires.

La pression sanguine, mesurée dans l'artère crurale, baisse à la suite de l'occlusion de l'artère coronaire gauche, à partir du moment où les contractions ventriculaires deviennent tout à fait irrégulières et se transforment en mouvement d'oscillation.

A la période des mouvements péristaltiques, l'excitation de l'extrémité périphérique du nerf vague arrête le mouvement des oreillettes, mais il n'a pas d'action sur celui des ventricules.

Les mouvements irréguliers de tremblotement des oreillettes ou des ventricules ne sont pas modifiés immédiatement par les nerfs vagues, mais lorsque reparaissent des contractions régulières des oreillettes, les nerfs vagues reprennent leurs fonctions.

L'arrêt momentané de la respiration produit, lorsque l'appareil d'innervation du cœur est intact, une forte dilatation de l'oreillette gauche,

suivie parfois d'un arrêt de l'oreillette ; puis cette dilatation est compensée en quelque sorte et c'est la dilatation du ventricule droit qui domine.

Après la section des nerfs vagues sur des animaux curarisés, l'asphyxie soudaine provoque souvent l'asynchronisme des ventricules.

L'excitation prolongée du tronc des nerfs vagues a très peu d'influence sur les troubles fonctionnels provoqués (chez le chien) par la ligature de l'artère coronaire gauche.

XI. — Le travail de Martinet, fait sous l'inspiration de M. le professeur Peter, est la description d'une variété d'*angor pectoris* apparaissant au cours du rhumatisme articulaire aigu. Rare avant le quatrième ou le cinquième jour de la maladie, elle revêt le plus souvent le type ébauché qui correspond, pour M. Peter, aux formes légères de la névralgie cardiaque. Cette complication se montre indépendamment de toute altération du péricarde et de l'endocarde. La terminaison favorable paraît être la règle et le cœur, une fois la guérison obtenue, revient intégralement à son état normal. L'auteur, après avoir discuté toutes les théories proposées pour l'explication du syndrome angine de poitrine défend, avec conviction, celle qui la met sous la dépendance d'une altération du plexus cardiaque. En ce qui concerne la variété qu'il étudie plus particulièrement, il la rattache à une hyperémie de ce plexus, hyperémie qui pourrait même aller jusqu'à la phlegmasie. Le traitement consiste dans l'emploi des émissions sanguines locales : sangsues, ventouses scarifiées à la région préaortique et l'application consécutive des révulsifs : vésicatoires volants, pointes de feu. Les stimulants diffusibles et les toniques (éther, alcool, extrait de quinquina) seront administrés au moment des accès et dans leur intervalle. C. GIRAUDEAU.

I. — **Zur Symptomalogie der Aorten aneurysmen, par P. GUTTMANN** (*Zeitsch. f. klin. Med. Band. VI, p.* 131, 1883).

II. — **Anévrismes spontanés de l'aorte ascendante, par P. LEGENDRE** (*Thèse de Paris*, 1883).

III. — **Perforation eines aneurysma des Arcus aortœ in die Trachea, par BÖGEHOLD** (*Berl. kl. Woch., p.* 58, *janv.* 1881).

IV. — **Ueber einen Fall von Aortenanevrysma, par RUEHLE, BUSCH et KÖSTER** (*Ibid., p.* 377, *juin* 1881).

V. **Difficultés de diagnostic de l'anévrisme aortique, par LANE** (*Ibid., p.* 638, *oct.* 1881).

VI. — **Ueber einen interessanten Fall von Anevrysma der Aorta ascendens, par Hugo PRAMBERGER** (*Ibid. p.* 538, 1882).

VII. — **Aneurysma arcus aortœ, par LEWIN** (*Ibid., p.* 41. 1883).

VIII. — **Anévrisme de la crosse de l'aorte communiquant avec la trachée, par PENNEL** (*Bull. Soc. anat., Progrès médic., p.* 147, 1883).

IX. — **Anévrysme de la crosse aortique à l'état naissant, par BUMAN** (*Revue médic. de la Suisse Romande, III, p.* 630, *nov.* 1883).

X. — **Anévrisme de l'aorte pectorale traité par la galvanopuncture. Mort par déchirure interne du sac, par Humbert MOLLIÈRE** (*Lyon médical,* 1882).

**XI. — Anévrisme de l'aorte abdominale consécutif à une aortite septique, par ZEMBLINOFF** (*Mediz Oboz. fév.* 1882).

**XII. — Typischer Fall von Obliteration der Aorta thoracica in der Gegend der Einmündung des Ductus arteriosus, par Max SOMMERBRODT** (*Arch. f. path. An. und Physiol. Band XCI, heft* 3, *p.* 492, 1883).

**XIII. — Thrombosis and embolism of the superior mesenteric artery, par OSLER** (*Medical news, p.* 693, *juin* 1883).

**XIV. — Phlebitis und Thrombose der Vena anonyma dextra und der Vena Cava descendens, par LANGER** (*Striker's med. Jahrb. Heft.* 3, *p.* 509, 1881).

I. — Guttmann rapporte une observation d'anévrisme de l'aorte, dans laquelle on n'observa aucun signe d'anévrisme, mais au contraire tous les signes d'une insuffisance aortique, sans qu'il y eût cependant d'insuffisance des valvules sigmoïdes. — Le cœur était hypertrophié ; on observait un souffle aortique diastolique, une absence du second bruit dans la carotide et la sous-clavière, le claquement des artères, le double souffle crural. Guttmann cherche une explication à tous ces signes qui l'ont conduit à une erreur de diagnostic.

Le souffle diastolique était le résultat de la pénétration du sang dans la poche anévrismale. Ce souffle a été nié par l'auteur dans un travail précédent, il en reconnait l'existence, mais le regarde comme exceptionnel.

L'absence du second bruit dans la carotide ou la sous-clavière tient à ce qu'il ne se produisait que très faible ou bien à ce qu'il était couvert par le souffle diastolique.

Le pouls bondissant était le fait de l'hypertrophie du cœur d'une part, et d'autre part de l'affaissement rapide de la tension artérielle par le reflux du sang dans le sac anévrismal.

Le bruit ou ton artériel qui est le résultat de la tension brusque de la paroi vasculaire était produit par le brusque changement de pression sanguine au moment de la diastole artérielle.

Quant au double souffle intermittent crural, il reconnaissait un mécanisme analogue à celui du double souffle de l'insuffisance aortique. — Le premier souffle était produit par la progression de la colonne sanguine, le second par son mouvement rétrograde, mais le sang ici au lieu de refluer dans l'intérieur du ventricule gauche, refluait dans la poche anévrismale. M. DEBOVE.

III. — Homme de 34 ans ayant depuis 6 mois l'haleine courte. Dans ces derniers jours l'oppression est devenue extrême et il est survenu une aphonie absolue. Admis à l'hôpital Béthanie, Bœgehold lui pratiqua aussitôt la cricothyrotomie. Mais la canule ordinaire ne diminue pas la dyspnée. Alors il introduit dans la trachée un cathéter élastique qui revèle la présence d'un obstacle. Bœgehold remplace la canule courte par une longue canule de Kœnig avec l'extrémité de laquelle il presse sur l'obstacle qu'il finit par franchir. Issue de deux cuillerées de liquide purulent par la plaie. Immédiatement cessation complète de la dyspnée. Dans les jours suivants l'état du malade est bon. L'examen laryngoscopique ne révèle rien. La canule devait être retirée tous les deux jours, à cause de l'obturation de ses ouvertures par les sécrétions bronchiques.

Le 8e jour après l'opération, 2 minutes après l'ablation de la canule, survint

par la plaie un jet de sang rutilant; Bœgehold se hâte de remettre la canule et l'hémorragie s'arrête.

Une heure plus tard, le malade est très oppressé parce que des caillots bouchent la canule. Bœgehold la retire un peu, mais aussitôt l'arrivée d'un flot de sang l'oblige à la repousser vite dans la trachée. L'hémorragie s'arrête encore à peu près complètement, mais le malade faiblit de plus en plus.

Mort une heure et demie après la première hémorragie au milieu de convulsions cloniques des quatre membres.

A l'autopsie, on trouve un anévrisme de presque toute la crosse aortique, avec perforation de la trachée, à 3 centimètres au-dessus de l'opération.

IV. — Homme de 45 ans, entré pour de la raucité. Au laryngoscope on reconnaît une paralysie complète de la corde vocale gauche. Il existe un centre de battements, indépendant du cœur, immédiatement à gauche du sternum, entre la 2e et la 3e côte.

Ruehle revoit le malade 14 mois plus tard. Il y a maintenant à droite du sternum de la 1re à la 4e côte une tumeur plus grosse que le poing, animée de pulsations. Peau correspondante, déjà brunâtre par place. Aucun souffle ni à l'auscultation de la tumeur, ni à celle du cœur. Aucune différence des deux pouls radiaux, du reste Ruehle déclare en passant qu'il n'a jamais pu constater ce signe.

Ruehle prie Busch de pratiquer la ligature.

Busch a théoriquement très peu de confiance dans la ligature des collatérales en cas d'anévrisme aortique, car il en doit résulter une augmentation de pression dans l'aorte et partant un plus grand danger de rupture de l'anévrisme. Mais les objections théoriques doivent disparaître devant les expériences pratiques faites avec la ligature de la carotide et de la sous-clavière, particulièrement par Barwell et Kuester.

Dans le cas actuel, l'opération était impraticable au côté droit du cou parce que le sac anévrismal remontait de ce côté presque jusqu'au larynx. A gauche, la carotide était accessible. La sous-clavière soulevée par le sac était très superficielle; mais Busch renonce à la lier parce que le passage du fil risquait de léser le sac.

Il se décide donc à lier la carotide et l'axillaire gauches, avec le catgut et en prenant les précautions antiseptiques.

L'opération ne modifie en rien ni les symptômes fonctionnels, ni l'intensité des battements de la tumeur.

Le 2e jour, petite hémorragie par l'endroit du sternum où la peau était le plus amincie : elle fut facilement arrêtée par le perchlorure de fer.

Le 3e jour, teinte ecchymotique sur la moitié du thorax et accroissement de la gêne respiratoire.

Le 4e jour, les ecchymoses sous-cutanées s'étendent jusqu'au bassin. Mort au milieu d'une dyspnée croissante. L'autopsie pratiquée par Kœster montra que la ligature ne pouvait être utile parce que les branches afférentes ne provenaient pas de l'anévrisme même.

*Autopsie*. Il s'agissait en réalité de 2 anévrismes de la crosse dont le 1er, le plus volumineux, situé à droite, siégeait immédiatement avant l'origine du tronc brachio-céphalique, tandis que l'autre situé à gauche, était placé entre le tronc brachio-céphalique et l'origine de la carotide et de la sous-clavière gauches.

Le 1er anévrisme a perforé le sternum et les deux premières côtes. Son sac qui est venu faire saillie dans les parties molles est perforé à droite et en haut, mais l'épanchement sanguin s'enkystant, a formé d'abord un anévrisme faux circonscrit. Celui-ci s'étant à son tour rompu en bas et à droite, l'épanchement consécutif s'est de nouveau enkysté. Enfin une perforation située à la partie inférieure de la nouvelle membrane d'enkystement a laissé échapper le sang

qui s'est étalé d'abord sous les parties molles de la moitié droite du tronc puis a gagné la lombe gauche et s'est étendu au delà de la symphyse, tandis qu'en haut l'infiltration remontait le long de l'aisselle et redescendait jusqu'à mi-hauteur de l'avant-bras.

Le 2e anévrisme, au contraire, forme un sac clos de la grosseur du poing, rempli aux deux tiers de caillots stratifiés et adhérents au sommet du poumon gauche et à la parotide.

Les gros troncs qui partent de la crosse ont des parois épaissies et une surface interne bosselée.

L'aorte ascendante est dilatée ; sa tunique interne offre des bosselures, sa tunique moyenne est épaissie et lardacée ; elle ne présente ni crétification, ni athérome, ni usure. Le microscope décèle une aortite intense caractérisée surtout par une prolifération conjonctive diffuse de la membrane moyenne qui ne conserve plus que des vestiges des stries musculaires ; la membrane interne est relativement peu épaissie.

Enfin, fait intéressant pour l'étiologie de l'artérite, cause immédiate des anévrismes, il existe des lésions syphilitiques indubitables sur le pariétal, dans le foie, et le testicule, sur la verge, etc.

V. — 1er cas. *Anévrisme méconnu.* Homme de 25 ans qui souffre, dit-il, de rhumatismes. D'après les signes physiques on diagnostique de l'irritabilité spinale. Peu de jours après avoir quitté l'hôpital, il meurt brusquement à la suite d'une hémorragie colossale par la bouche et le nez. A l'autopsie on trouve un anévrisme de la grosseur d'une pomme, situé à la limite des portions horizontale et descendante de l'aorte et qui a perforé l'œsophage.

2e cas. *Anévrisme diagnostiqué à tort.* Homme de 71 ans, bien portant jusqu'en décembre 1874 où, à la suite d'une chute sur le dos, il éprouva de la faiblesse des jambes qui céda à des bains de mer chauds, pour reparaître 5 ans plus tard, en même temps que se développait une légère gibbosité dorsale.

État cachectique. Rigidité extrême du système artériel. Saillie d'un centimètre des 6e et 7e apophyses épineuses dorsales sans douleur notable à la pression. Plus bas, sensibilité considérablement diminuée.

Parésie de la motilité des membres inférieurs dont l'excitabilité faradique est affaiblie tandis qu'il y a accroissement de l'excitabilité réflexe à 2 1/2 centimètres au-dessous de l'échancrure du manubrium tumeur sternale, saillante de 1 1/2 centimètre, longue de 4 et large de 5, elle descend en bas jusqu'à la 2e côte. Cette tumeur est de consistance molle presque fluctuante, elle est animée de battements isochrones à ceux du cœur, la peau qui la recouvre est intacte ; à l'auscultation on y perçoit un peu de souffle à la fois systolique et diastolique.

Le choc de la pointe a lieu sur la ligne mamelonnaire dans le 6e espace intercostal ; aux deux temps du cœur, on entend un léger souffle qui est beaucoup plus net sur le bord droit du sternum, dans le 2e espace intercostal et sur la tumeur.

Pas de retard de pouls.

On fait le diagnostic : Anévrisme de la crosse aortique et de l'aorte descendante avec usure du sternum et des vertèbres.

A l'autopsie : pas trace d'anévrismes. Insuffisance et rétrécissement aortique ; hypertrophie du ventricule gauche ; sclérose des grosses artères.

Sarcomes mous et très vasculaires du sternum, de la 6e vertèbre thoracique et de la capsule surrénale droite, Le sarcome sternal avait une large base qui reposait directement sur la crosse de l'aorte et l'entourait en se moulant sur elle.

VI. — Homme de 46 ans. Quelques mois avant d'entrer à l'hôpital il a eu, dit-il, une affection thoracique avec palpitations et sensation de brûlure dans

la région précordiale. Au bout de 6 semaines il entrait en convalescence mais sans retrouver sa santé antérieure, car il éprouvait par intervalle un sentiment de brûlure au côté gauche de la poitrine et de l'oppression au moindre effort. Cette oppression est devenue telle que dans les 8 derniers jours il n'a pu quitter le lit.

Il localise la douleur qu'il ressent au niveau des insertions sternales des 3e et 4e cartilages costaux.

Cyanose des lèvres. Le côté gauche du thorax ne se dilate pas et est un peu œdématié. Au niveau des 2e et 4e espaces intercostaux légère voussure qui se perd insensiblement aux alentours. Dans le 3e espace intercostal, à un travers et demi de doigt en dedans de la ligne mamelonnaire, pulsations systoliques sensibles à la vue et à la main. La pression est très douloureuse à la partie la plus interne du 2e espace intercostal.

Matité à toute la moitié gauche du thorax, plus marquée sur la base, avec affaiblissement des vibrations thoraciques et absence de murmure vésiculaire. Tympanisme et respiration soufflante au sommet correspondant.

Au niveau de l'endroit animé de battements on perçoit deux bruits rythmiques mais pas de souffle. Sur la région précordiale même on n'entend que des bruits indistincts et le choc de la pointe n'est nulle part appréciable.

Pouls lent.

Quelques jours après l'admission, développement d'anasarque et d'ascite.

Une quinzaine avant la mort, on constate que les pulsations se sont étendues presqu'à la ligne mamelonnaire où elles ont maintenant leur maximum.

Le diagnostic hésitait entre un anévrisme de l'aorte et un anévrisme de l'artère pulmonaire, vu le siège insolite des pulsations.

A l'autopsie : Symphyse cardiaque avec adhérences du péricarde à la plèvre médiastine et aux poumons; péricardite hémorragique récente et limitée sur une partie du ventricule gauche. Le cœur n'est pas hypertrophié, mais il a subi un déplacement en arrière et à droite et a pris une position presque verticale. Les valvules sont intactes.

Endartérite chronique de l'aorte ; anévrisme sacciforme gros comme une tête d'enfant, sur la paroi extérieure de la portion ascendante.

Hydrothorax double, plus abondant à gauche; ascite et anasarque.

L'auteur explique l'extension insolite de l'anévrisme vers la gauche, par le déplacement du cœur.

VII. — Lewin présente à la Société médicale de Berlin, un homme de 42 ans ayant une tumeur plus volumineuse que le poing qui a pris la place du manubrium après l'avoir usé et proéminé même à la base du cou. Cette tumeur est animée de battements isochrones au pouls cardiaque ; la main y perçoit un frémissement. Le cœur est hypertrophié. Douleurs caractéristiques derrière le sternum, dans les épaules et dans le bras gauche. Paralysie du récurrent gauche. Quand il boit rapidement, le malade avale de travers. Dans les inspirations forcées avec expirations gênées, il éprouve des étourdissements.

Tous les symptômes ont augmenté jusqu'au moment où l'anévrisme eut perforé le sternum. Dès lors, l'orthopnée avec respiration stridente, les bourdonnements d'oreilles ont disparu et l'oppression ne s'est plus montrée que quand le malade montait ou marchait vite. Il éprouve encore de temps en temps de la céphalalgie et des élancements dans les épaules.

Comme ce malade déclarait avoir contracté la syphilis il y a 15 ans, des médecins l'ont soumis sans succès au traitement mercuriel et à l'iodure de potassium. Lewin rattache au contraire l'anévrisme à une cause mécanique : la chute d'un objet lourd sur le devant de la poitrine.

Abordant ensuite l'étude des affections syphilitiques artérielles, Lewin veut qu'on fasse une distinction entre les artères de moyen calibre qui peuvent de-

venir consécutivement le siège d'anévrismes, tandis que la preuve n'est pas encore faite pour les grosses artères.

VIII. — Fait intéressant, à cause des symptômes insidieux de l'affection. La malade avait eu une série d'hémoptysies et des accès de toux incessants qui l'avaient fait considérer comme tuberculeuse. L'auscultation révélait un souffle à timbre caverneux dans les deux fosses sus-épineuses, sans râle. Il survint un accès de suffocations et la malade mourut brusquement. L'autopsie révéla un anévrisme de la crosse aortique communiquant avec la trachée depuis plusieurs mois; celle-ci était ulcérée, et des caillots stratifiés servaient de barrière entre l'intérieur de la cavité anévrismale et de la cavité trachéale. H. R.

IX. — Homme de 42 ans entré à l'hôpital pour des ulcères variqueux, en mars 1878. Un goitre plongeant, la saillie des globes oculaires, les battements du cœur pouvaient faire songer à la maladie de Graves, mais sous l'influence de l'iodure le goitre diminua rapidement.

Les premiers symptômes furent des accès de dyspnée nocturne avec hyperkinésie cardiaque considérable et pouls très faible.

Ce malade offrit dès lors des signes d'une hypertrophie ventriculaire gauche et un léger murmure systolique dans les 2e et 3e espaces intercostaux, à droite du sternum.

En juillet, on constate dans le deuxième espace intercostal et sous le cartilage de la 3e côte une matité de 3 centimètres; à ce niveau, pendant les crises de dyspnée, on percevait à l'œil une pulsation synchrone au pouls.

Un murmure systolique très court s'entendait tout le long du sternum à droite et allait en diminuant vers la pointe. Rien dans les artères.

Lorsqu'on auscultait dans la station verticale, le murmure systolique était plus marqué ; le second bruit était métallique et en outre, on entendait de la base vers la pointe, un long murmure suivant le second bruit sans dédoublement.

Les variations imprimées à la circulation de l'artère pulmonaire ne changeaient rien aux résultats.

Le diagnostic fut : aortite avec sténose relative de l'orifice artériel; aortite valvulaire naissante ; dilatation de la crosse ; hypertrophie du ventricule gauche.

En septembre 1879, le malade rentre pour ses varices. Tous les signes perçus précédemment à l'auscultation avaient disparu, sauf un prolongement soufflant du premier bruit à la pointe. Les matités cardiaque et aortique étaient les mêmes.

Une seule crise dyspnéique eut lieu en novembre, durant laquelle on ne put percevoir qu'un murmure systolique de la pointe à l'articulation sterno-claviculaire droite.

Le malade disparut jusqu'au 11 mai 1883 où il revint avec un érysipèle gangréneux qui s'étendit rapidement à la cuisse et au tronc. Auscultation impossible. Mort.

Le 25, autopsie revélant effectivement l'existence d'un anévrisme sacciforme de l'aorte, dont les parois amincies par places présentaient le premier degré de l'infiltration athéromateuse sans ulcération.

Les orifices des artères qui naissent de l'aorte étaient rétrécis ; les valvules sigmoïdes étaient insuffisantes mais peu indurées. Hypertrophie considérable du ventricule gauche. Côtes amincies et très cassantes. Aucune lésion ni des autres valvules ni de l'aorte descendante.

On se trouvait en un mot devant une altération qui, en se développant, serait devenu un vaste anévrisme de la crosse.

L'auteur pense que c'est encore la matité circonscrite qui restera, avec les troubles fonctionnels intermittents, la base du diagnostic, car on a pu voir

combien les signes aortiques furent variables d'une observation à l'autre et même de la station horizontale à la verticale. J. B.

X. — Le fait d'Humbert Mollière concerne une femme qui portait un anévrisme aortique manifestement pulsatile, sans accident dyspnéique, mais avec de douleurs très vives. La peau s'amincissant de plus en plus, on résolut de tenter la galvanopuncture par le procédé de Dujardin-Beaumetz. L'opération fut simple et relativement peu douleureuse, les battements de la tumeur, le lendemain, paraissaient diminués, lorsque la malade mourut subitement.

L'autopsie révéla une rupture interne du sac dans la plèvre, avec épanchement de plus d'un litre de sang dans la cavité pleurale. La poche anévrismale était remplie de caillots cruoriques récents.

L'auteur n'est pas éloigné de croire que la formation de ces caillots a provoqué un accroissement de tension sanguine dans la direction de la plèvre, et facilité la rupture de la partie postérieure du sac, laquelle était d'ailleurs imminente. H. R.

XI. — Enfant de neuf ans et demi mort de pyémie peu de temps après l'opération de la taille. A l'autopsie, on trouve à un demi-centimètre au-dessus de la bifurcation de l'aorte abdominale une poche anévrismale, de trois centimètres de diamètre. Les ganglions mésentériques étaient tuméfiés et enflammés. A l'examen microscopique on constate une infiltration purulente entre les tuniques artérielles, se prolongeant à quatre centimètres dans les parois de l'artère iliaque gauche.

L'auteur interprète ainsi ce fait : infection septique ayant amené l'inflammation des ganglions mésentériques, puis, par voisinage, une aortite aiguë, suivie de dilatation anévrismale. A. C.

XII. — Le fait de Sommerbrodt concerne l'histoire complexe d'un athéromateux, sujet à des attaques apoplectiformes qui finirent par amener la mort: On avait constaté, outre de nombreuses anomalies artérielles, la présence d'un anévrisme aortique, tumeur pulsatile sous-claviculaire, souffle systolique musical à la région de l'aorte.

L'autopsie montra une sclérose des artères cérébrales, un anévrisme circonscrit de la vertébrale gauche, de nombreux foyers de ramollissement cérébral.

La crosse aortique était notablement dilatée ainsi que les artères qui en émergent. Au niveau de l'insertion du canal artériel existe une oblitération sacciforme de l'aorte. Le rétrécissement est produit par une sorte de cordon, long de cinq millimètres. Au-dessous de l'oblitération de l'aorte viennent s'aboucher deux ou trois artères intercostales dilatées qui ramènent dans le vaisseau le sang apporté par les mammaires internes. Au-dessus de ce point l'aorte est diminuée de calibre. A M.

XIII. — Il s'agit d'une vieille femme de soixante-quinze ans qui fut prise brusquement de vomissements, de diarrhée, de douleurs abdominales; puis bientôt de signes d'obstruction intestinale, météorisme excessif et vomissements incoercibles.

A l'autopsie, rougeur livide, pourprée, des intestins, sans péritonite : exsudation sanguinolente dans la cavité abdominale. Infiltration ecchymotique de la muqueuse avec gonflement excessif des tuniques intestinales. On trouva, pour expliquer cette apparence, une obstruction de l'artère mésentérique supérieure, ainsi que de l'artère splénique et de l'artère hépatique. Le cœur gauche était atteint d'endocardite végétante.

XIV. — Relation d'un fait de néphrite chronique compliqué de thromboses multiples. Les signes physiques observés furent l'œdème progressif des membres inférieurs et supérieurs, puis du tronc, avec dilatation des veines superficielles, et sensation du cordon noueux, le long de la jugulaire interne. La mort survint par le fait d'un double pneumothorax.

L'autopsie montra un volumineux thrombus occupant la jugulaire, le tronc

veineux brachio-céphalique, la veine cave supérieure. Le cœur était atteint de stéatose. H. RENDU.

**I. — Goitre exophtalmique, par H. RENDU** (*Dict. encyclop. des Sc. méd.* 1881).

**II. — Note on the history of exophthalmic goitre, par Wickham LEGG** (*S. Barthol. hosp. Rep., p.* 7, *t. XVIII*, 1882).

**III — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow, par P. MARIE** (*Thèse de Doctorat* 1883).

**IV. — De quelques troubles dépendant du système nerveux central observés chez les malades atteints de goitre exophtalmique, par G. BALLET** (*Revue de médecine, avril* 1883).

**V. — Three cases of exophthalmic goitre, par STORY** (*The Dublin journ. of med. Sc., avril* 1883).

**VI. — Sur la maladie de Basedow, par P. MARIE** (*Revue critique, in Progrès médical*, 14 *juillet* 1883).

**VII. — La malattie nervose e funzionali del cuore, par A. CARDARELLI** (*Naples* 1882).

**VIII. — Du goitre exophtalmique chez l'homme, par DAUBRESSE** (*Thèse de Paris* 1883).

**IX. — Combination von morbus Basedowii und paralysis agitans, par MÖBIUS** *Betz's Memorabilien Heft.* 3, 1883).

**X. — A clinical lecture on exophtalmic goitre, par PEPPER** (*New-York med. journ, juillet* 1883).

**XI. — Etude sur le goitre exophtalmique, par P. GROS** (*Thèse de Paris* 1884)

I. — Cet article est un résumé complet de tous les travaux publiés sur le goitre exophtalmique jusqu'à l'année 1880. Le point original et personnel de ce travail est la description des troubles cérébraux et viscéraux si fréquents dans le cours de la névrose, particulièrement des accidents de lientérie et d'ictère. L'auteur se rattache à l'idée d'une névrose centrale ayant son siège dans les hémisphères cérébraux, en raison des troubles psychiques signalés presque constamment, et de certains cas de paralysie faciale observés dans le cours de la maladie. H. R.

II. — Note historique intéressante en ce qu'elle met bien en relief les premières observations de goitre exophtalmique publiées. Il ressort de cet historique que la priorité de la description appartient à Hillier Parry, médecin, qui exerçait à Bath, au XVIII^e siècle, et dont l'observation date de 1786. Plus tard parut un cas, sans nom d'auteur, dans le premier volume du *Medico chirurgical journal* pour 1816. Enfin, Graves et Stokes firent connaître leurs travaux classiques avant 1840, époque de la publication de Basedow : seulement les œuvres de Graves ne furent livrées en librairie que deux ans plus tard. H. R.

III. — Parmi les divers symptômes peu connus que M. Marie s'est attaché à mettre en lumière, il en est un sur lequel il a particulièrement insisté; c'est le tremblement. Lorsque celui-ci est très prononcé, « il semble que le malade se trouve dans un état de vibration perpétuelle, qu'il soit debout ou assis, tout son corps est agité d'une trémulation continuelle. » — En outre, en examinant les muscles des extrémités et ceux

du tronc, on constate qu'ils sont animés de mouvements fibrillaires souvent très nets. Dans les cas où le tremblement est moins accusé, c'est au niveau des extrémités des membres supérieurs qu'il faut le rechercher; en faisant étendre les bras au malade, on voit que les mains sont agitées de mouvements surtout prononcés dans le sens horizontal et qui présentent de grandes anologies avec ceux du tremblement alcoolique.

Aux membres inférieurs, le tremblement est aussi très appréciable dans la majorité des cas. Il sufit en effet de faire étendre les pieds au malade pour voir les mouvements dont ils sont le siège. De plus, lorsque le malade est assis et que la pointe des pieds repose seule sur le sol, on voit les membres inférieurs être le siège de secousses analogues à celle de l'épilepsie.

Etudié à l'aide de la méthode graphique, le tremblement de la maladie de Basedow se fait remarquer par la régularité de son rythme. Chaque série d'oscillations est séparée de celle qui la précède et de celle qui la suit par des intervalles égaux; dans chaque série, les oscillations affectent une forme progressivement croissante, puis décroissante, de telle sorte que la série dans son ensemble reproduit la forme d'un fuseau.

Le nombre des oscillations est de huit et demi en moyenne par seconde, plus considérable par conséquent que celui du tremblement sénile et surtout que celui de la paralysie agitante. En outre, la régularité des oscillations suffit à différencier les traces de l'alcoolisme et de la paralysie générale. Le second symptôme sur lequel l'auteur a insisté est la *tachycardie*, il a constaté entre autres particularités que le nombre des pulsations artérielles n'est jamais inférieur à celui des battements cardiaques, quoi qu'en ait dit de Græfe, et que la pression artérielle, loin d'être diminuée, comme l'avaient cru certains observateurs, était au contraire exagérée dans certains cas.

Parmi les autres manifestations viscérales étudiées dans cet intéressant travail, signalons la diarrhée paroxystique, les sueurs généralisées ou localisées, la boulimie, l'insomnie, la toux quinteuse sans expectoration ni signes physiques, l'augmentation du nombre des mouvements respiratoires dans certains cas, les accès d'angine de poitrine, les taches pigmentaires, le vitiligo et l'urticaire, etc., manifestations dont la multiplicité tend à prouver que cette maladie est bien plus une « névrose générale » qu'une affection localisée du système nerveux. C. GIRAUDEAU.

IV. — Les accidents décrits par M. Ballet sont les uns d'ordre convulsifs (accès épileptiques ou épileptiformes), les autres d'ordre paralytiques, (à forme hémiplégique ou paraplégique); enfin, dans quelques cas, il a noté de l'albuminurie, de la glycosurie ou de la polyurie simple. Ces troubles semblent, dans certains cas, reliés étroitement au goitre exophtalmique lui-même; dans d'autres cas, plus nombreux, ils relèveraient d'une névrose coïncidant avec ce dernier (épilepsie, hystérie).

Tous ces symptômes, à quelque variété qu'ils appartiennent, peuvent s'expliquer par les modifications apportées à la circulation bulbo-protubérantielle : Ce trouble circulatoire serait lui-même sous la dépendance de la perturbation du jeu du cœur.

La maladie de Graves ne serait plus dès lors une affection du sympathique cervical, mais l'une des modalités symptomatiques nombreuses par lesquelles se traduit la diathèse nerveuse, modalité symptomatique qui

tantôt se présente à l'état isolé, tantôt se combine à d'autres manifestations (épilepsie, hystérie, chorée, etc.). L'auteur se demande cependant, en se basant sur quelques observations (Féréol) et sur des expériences de Filehne, si certaines lésions bulbo-protubérantielles ne peuvent pas engendrer une variété de goitre exophtalmique qu'il faudrait dès lors placer à côté de la précédente. C. GIRAUDEAU.

V. — Deux des malades observés par le Dr Story, étaient sœurs, et la troisième atteinte de névrite optique. Chez cette dernière, la tumeur thyroïdienne était plus volumineuse du côté gauche et les palpitations ne se manifestèrent que cinq ans après le début du goitre et de l'exophtalmie. Chez les deux autres, les symptômes cardiaques furent précoces et la tumeur thyroïdienne prédominante à droite suivant la règle.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Moore cita un cas où, à la nouvelle de la mort de son frère, une jeune fille présenta instantanément 140 pulsations, de l'exophtalmie et du gonflement thyroïdien. Ces phénomènes disparurent au bout de 48 heures. H. R.

VI. — M. Marie fait remarquer que la maladie de Parkinson est souvent liée par des relations d'hérédité avec le goitre exophtalmique. Dans une de ses observations, le père de la malade avait été atteint de paralysie agitante : d'autre part, la tachycardie se rencontra fréquemment associée à la rigidité et au tremblement spasmodique de la maladie de Parkinson. H. R.

VII. — Cardarelli signale quatre observations où des troubles nerveux d'origine évidemment centrale donnèrent lieu à des conséquences insolites.

*Observation I.* — Dans le premier fait, il s'agit d'une femme qui, à la suite d'une peur, est prise d'exophtalmie, de goitre, de tremblement avec convulsions, angine de poitrine, contracture hystérique des jambes et *atrophie* des muscles de la main. A ces phénomènes succède une attaque apoplectiforme avec hémiplégie gauche qui dure deux mois.

*Observation II.* — Un garçon de 12 ans, présentant tous les signes d'une paralysie pseudohypertrophique, est atteint simultanément de goitre exophtalmique (coïncidence non signalée jusqu'ici).

*Observation III.* — Femme de 35 ans hystéro-épileptique, atteinte jadis de paralysie. Chez elle, le goitre s'accompagne de tremblement, de diarrhée et de troubles trophiques de la peau (vitiligo, alopécie).

*Observation IV.* — Femme atteinte à la fois de la triade classique, et présentant de plus des troubles viscéraux (diarrhée, vomissements, du tremblement, enfin une parésie du membre supérieur gauche avec anesthésie du nerf cubital et sueurs locales).

Tous ces accidents bizarres montrent l'étroite parenté qui relie la maladie de Basedow avec l'hystérie.

VIII. — Daubresse a réuni la plupart des observations publiées de goitre exophtalmique chez l'homme en y ajoutant deux faits inédits dans lesquels existaient des symptômes d'angine de poitrine. Il ressort de sa description que le goitre exophtalmique se comporte absolument comme chez la femme, et qu'il se complique de troubles viscéraux multiples, portant sur l'appareil digestif, respiratoire et urinaire. Les mêmes manifestations d'origine centrale se retrouvent ainsi que la même prédisposition nerveuse originelle. H. R.

IX. — Mobius rapporte l'histoire d'une femme de 50 ans, qui, à la suite d'émotions morales pénibles, fut prise d'un tremblement de la main

gauche rappelant absolument le type de la paralysie agitante. Bientôt survint de l'amaigrissement, puis tous les symptômes de la maladie de Basedow se manifestèrent : palpitations, insomnie, sueurs profuses, augmentation de volume du corps thyroïde.

L'auteur, après avoir essayé vainement de modifier ce tremblement par l'électrisation, conseilla l'élongation des nerfs du bras, qui n'eut d'autres résultats que de développer de vives douleurs de névrite.

X. — Il s'agit d'un homme qui a présenté les symptômes ordinaires de la maladie de Basedow, avec une diarrhée incoercible (sans lésions intestinales); vers la fin de la vie, épistaxis fréquentes. A l'autopsie, l'examen du grand sympathique a donné les résultats suivants : Ganglions cervicaux volumineux et grisâtres, mais non indurés; au microscope, infiltration de petites cellules rondes, qui disjoignent les éléments nerveux et les compriment; les cellules nerveuses sont atrophiées et ratatinées, leurs noyaux invisibles; quelques-unes sont granuleuses ou infiltrées de pigment; d'autres ont entièrement disparu; les parois des vaisseaux sont épaissies; les espaces lymphatiques sont élargis. Dans les ganglions semi-lunaires, les cellules sont indistinctes, difficiles à colorer et paraissent avoir subi un certain degré de transformation colloïde; les noyaux et nucléoles sont nettement visibles et ne paraissent pas altérés; il n'y a pas d'autres lésions. H. B.

XI. — Travail intéressant, riche en observations inédites, confirmatives des recherches de M. Marie sur les formes frustes de la maladie de Basedow et ses relations avec les diverses espèces de névroses. Dans l'une de ces observations est signalée la coexistence de la migraine ophtalmique et du vertige de Ménière.

L'auteur, se fondant sur la variabilité des symptômes et l'insuffisance des théories actuelles, considère, avec M. Charcot, le goitre exophtalmique comme une névrose générale analogue à l'hystérie. H. RENDU.

**I. — Du diagnostic des phtisies pulmonaires douteuses par la présence des bacilles dans les crachats, par G. SÉE** (*Acad. de méd.*, 4 *décembre* 1883).

**II. — De la valeur diagnostique de la présence des bacilles de Koch dans les crachats, par SAUVAGE** (*Thèse de Paris*, 1883).

**III. — De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration, par A. COCHEZ** (*Thèse de Paris*, 1883).

**IV. — De la préparation des bacilles de la tuberculose, par A. SIREDEY** (*Union médicale*, 26 *janvier* 1884).

**V. — Zur Färbung des Tuberkelbacillus, par ZIEHL** (*Deuts. med. Wochenschr.*, *n°* 33, 1882; *n°s* 5 *et* 17, 1883).

**VI. — Beitrag zur Färbbarkeit des Tuberkelbacillus, par PRIOR** (*Berlin. klin. Woch.*, 13 *août* 1883).

**VII. — Zur Färbung des Koch'schen Bacillus in Sputis, par PETRI** (*Ibid.*, 26 *novembre* 1883).

**VIII. — Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen in den Sputis, par FRISCH** (*Wiener med. Woch.*, *n°* 46, 1883).

**IX. — Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung der Tuberkelbacillen im Auswurfe, par HEITLER** (*Ibid.*, *n°* 43, 1883).

**X. — Die Bedeutung der Koch'schen Bacillen für die klinische Diagnose, par GESSLER** (*Deuts. med. Woch.*, *n°* 34, 1883).

**XI. — Ueber Tuberkelbacillen, par CHIARI** (*Wiener med. Presse*, n° 1, 1883).

**XII. — Weitere Bemerkungen über das Verhalten der Tuberkelbacillen, par FRAENTZEL** (*Deuts. med. Woch.*, n° 17, 1883).

**XIII. — Zur diagnostichen Bedeutung der Tuberkelbacillen, par L. RÜTIMEYER** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 *août* 1883).

**XIV. — Ein casuisticher Beitrag zur Lehre van der Tuberkulose, par NEELSEN** (*Cent. f. die med. Wiss.*, n° 28, 1883).

**XV. — Tuberkelbacillen in dem Ausflusse bei Mittelohreeneiterungen von Phthisikern (Bacilles dans les sécrétions de l'oreille), par ESCHLE** (*Deuts. med.*, *Woch.* n° 30, 1883).

**XVI. — Tubercle bacilli in the urine, par SHINGLETON SMITH** (*The Lancet*, 2 *juin* 1883).

**XVII. — Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen bei fungösen und scrofulösen Entzündungen, par Carl SCHUCHARDT et Fedor KRAUSE** (*Fortschritte der Medicin*, n° 9, 1883).

**XVIII. — Note sur la présence des bacilles dans les lésions chirurgicales tuberculeuses, par BOUILLY** (*Revue de chirurgie*, *nov.* 1883).

**XIX. — Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen in scrophulösen Localerkrankungen, par KANZLER** (*Berl. klin. Woch.*, 14 *janv.* 1884).

**XX. — Tuberkelbacillen in tuberkulösen Geschwüren des weichen Gaumen (Bacilles dans les ulcérations tuberculeuses du voile du palais), par GUTTMANN** (*Deuts. med. Woch.*, n° 21, 1883).

**XXI. — Sur la topographie et le rôle des bacilles dans l'anatomie pathologique de la tuberculose, par CORNIL et BABÈS** (*Bull. Acad. de méd.*, *XII*, n° 18).

**XXII. — Ueber die angeblichen Tuberkelbacillen und ihr Verhältniss zur Tuberkulose, par SPINA** (*Wiener med. Presse*, n° 19, 1883).

Les résultats, déjà constatés dans la Revue générale sur le microbe de la tuberculose (*R. S. M.*, p. 344), ont reçu de tous les pays du monde, une confirmation qu'on ne peut désirer plus complète. Grâce à des procédés de coloration plus simples et plus rapides, la recherche des bacilles de la tuberculose est devenue une opération courante en clinique, et chaque jour le médecin fait intervenir comme élément de diagnostic le fait de la présence ou de l'absence du bacille de Koch. Il en est de la tuberculose comme de la fièvre récurrente : la présence du parasite peut seule lever tous les doutes.

On trouvera dans les analyses ci-dessous : les nouvelles méthodes de coloration, la recherche du bacille dans les principales excrétions des malades ou dans les tissus pathologiques, ainsi que l'importance de ces recherches au point de vue du diagnostic.

Pour ce qui concerne le pronostic, les résultats sont ambigus. Les uns affirment énergiquement une relation précise entre la gravité de l'affection et l'abondance ou le volume des organismes parasitaires ; les autres contestent, avec non moins d'énergie, cette relation. C. ZUBER.

I. — M. Sée a exposé avec beaucoup d'autorité l'état actuel de la question. Après avoir montré comment l'unicité de la tuberculose avait peu à peu triomphé de ses adversaires, qui n'étaient pas les moins

célèbres parmi les savants de ce temps, comment la pathologie expérimentale, merveilleusement inaugurée il y a vingt ans par Villemin, avait fourni des preuves solides à l'appui de la doctrine, il passe à l'étude du bacille tuberculeux qui, selon lui, constitue le véritable agent virulent de la tuberculose. Cette découverte comprend trois démonstrations décisives pour la doctrine de la nature parasitaire du tubercule, et qui ont été vérifiées par les observations de tous les pays. Parmi ces preuves, l'auteur note l'exclusive propriété des bacilles de reproduire la tuberculose par l'inoculation. Il y a là une exagération. Les expériences de Koch lui-même, moins nombreuses qu'il ne faudrait en bonne logique, sont presque isolées, même à l'heure actuelle, et les innombrables travaux qui se succèdent depuis 2 ans sur le microbe de la tuberculose, portent uniquement sur la constatation du bacille et sur son importance au point de vue du diagnostic. C'est aussi ce que fait Germain Sée, qui expose dans les termes qui suivent l'importance du bacille dans les crachats, lorsqu'il s'agit de phtisie douteuse.

« 1° *Phtisies latentes.* — Une première catégorie d'un intérêt majeur comprend les cas de phtisie qui ne se traduisent que par des troubles respiratoires fonctionnels, à savoir la toux sèche ou catarrhale, l'hémoptysie avec ou sans fièvre, avec ou sans amaigrissement, et qui ne se révèlent par aucun signe physique ayant quelque valeur diagnostique, l'auscultation et la percussion ne fournissant que des données vulgaires ou négatives. Ce sont les phtisies latentes qu'on parvient souvent à reconnaître par l'examen des crachats, soit qu'il s'agisse d'une hémoptysie de cause inconnue, soit qu'on ait affaire à une toux persistante, soit enfin qu'en présence d'un mouvement fébrile considérable avec dépérissement, on ait à se prononcer entre une phtisie miliaire et une fièvre typhoïde.

2° *Phtisies larvées ou anormales.* — Dans un certain nombre de cas, la phtisie est masquée par une autre maladie; elle débute pour ainsi dire avec fracas, en prenant le masque et la forme d'une maladie aiguë des organes respiratoires ; on croit à une pneumonie lobaire, à une bronchite aiguë, à une laryngite accidentelle, à une pleurésie simple ; l'erreur est pour ainsi dire inévitable, sans le secours de l'examen microscopique des crachats.

3° *Pseudo-phtisies.* — Une 3e et dernière classe de diagnostics incertains comprend des lésions dont la sémiologie achevée, complète, paraît se rapporter à la phtisie la plus avancée, massive, ou ulcéro-caverneuse, mais qui appartient tout aussi bien à des tumeurs, à des néoplasmes d'une autre nature, à des cavités ulcéreuses d'un autre genre; il s'agit des gommes syphilitiques, ramollies ou non, des dilatations bronchiques, qui ont une phénoménalité des plus analogues à celle de la phtisie tuberculeuse ; il faut y joindre les catarrhes chroniques, l'asthme avec emphysème. Ici encore la présence ou l'absence des bacilles peut être du secours le plus efficace. »

Puis, par des séries d'observations, le professeur démontre d'une manière incontestable le bénéfice que la clinique peut retirer dans ces cas de l'examen de l'expectoration.

A cette communication d'une haute portée clinique, Colin (d'Alfort) a répondu dans la séance du 11 décembre par quelques considérations qui ne semblent pas témoigner d'une connaissance approfondie de la

question, ainsi que le professeur Sée l'a fait immédiatement remarquer.

Colin croit encore que la tuberculose expérimentale peut être le résultat de l'inoculation de toute matière, même inerte, assertion étrange qui a eu du moins le bon effet d'appeler à la tribune, le savant et modeste promoteur de toute cette agitation, le professeur Villemin qui, en quelques mots, a fait justice de cette doctrine que l'on s'étonne de voir encore soutenue.

Colin pense qu'il y a des microbes partout, que tous se ressemblent; lui-même a découvert dans les crachats de la bronchite, le *leptothrix buccalis* (!); il a démontré la présence du même organisme dans la pneumonie typhoïde, dans la bronchite vermineuse des bêtes ovines, etc. On a bien prétendu que le microbe de Koch était différent des précédents, qu'il était plus petit, dépourvu d'articulations, etc., mais cela ne suffit pas pour en faire un microbe spécial.

II. — Travail fait sous l'inspiration de Debove, 17 observations, conclusions :

La présence des bacilles de Koch dans les crachats est un élément de diagnostic très important; toutes les fois que les crachats d'un malade contiennent des bacilles de Koch, on peut affirmer qu'il y a tuberculose; l'absence des bacilles de Koch dans les crachats ne doit faire exclure toute idée de tuberculose que lorsque l'examen a été fait pendant fort longtemps et d'une manière très suivie.

La plus ou moins grande quantité de bacilles contenus dans les crachats joue un rôle accessoire pour établir le pronostic de la maladie, car les bacilles de Koch trouvent dans le contenu des cavernes un milieu très favorable à leur culture, et il suffit qu'un malade expectore rarement, pour que les bacilles abondent dans ses crachats; l'abondance des bacilles de Koch dans les crachats n'est pas proportionnée à la fièvre.

III. — Bon résumé de la question. Si les conclusions qui suivent, se rapprochent visiblement de celles qui ont été formulées par Sauvage, elles ont plus de valeur, car la thèse en question porte le cachet d'un travail personnel considérable et d'un sens critique droit.

La recherche du bacille de Koch dans les produits d'expectoration doit être mise au rang des signes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Dans certains cas de phtisie douteuse (phtisie latente, phtisie larvée ou anormale), la constatation du bacille de Koch dans les crachats peut être le seul signe qui permette d'établir le diagnostic.

L'absence des bacilles de Koch, constatée *à plusieurs reprises* dans des produits d'expectoration, permettra d'écarter le diagnostic de tuberculose.

La nature tuberculeuse de certaines hémoptysies sera reconnue avant l'apparition des signes physiques de la phtisie, grâce à ce nouveau moyen d'exploration.

Les crachats des phtisiques constituent un milieu de culture favorable aux bacilles de Koch. Il importe donc de recourir à des précautions antiseptiques minutieuses pour désinfecter les linges ou les vases qui auront été souillés par leur contact.

IV. — Description détaillée de la technique Ehrlich-Weigert, d'après la thèse de Cochez.

C. ZUBER.

V. — D'après Ehrlich, les bacilles ont une enveloppe qui ne se laisse

pénétrer par les matières colorantes que dans les milieux alcalins et qui demeure impénétrable aux acides.

Or, l'auteur a employé avec le violet de méthyle, de l'huile d'aniline, non pas alcaline, mais indifférente, et pourtant ses préparations réussissent. Il obtient même d'excellents résultats avec du violet de méthyle additionné d'acide acétique et fournissant la réaction acide. La coloration peut s'obtenir sans huile d'aniline : il suffit, par exemple, d'employer l'eau saturée d'acide phénique qu'on colore au moyen d'une solution alcoolique de violet de méthyle à 2 0/0. Même résultat avec la résorcine et l'acide pyrogallique. On sait que Lichtheim et Giacomi ont coloré les bacilles avec la solution aqueuse de fuchsine et de violet de gentiane.

En second lieu, voici pour la réaction des acides :

Ehrlich prétend que pendant une heure, les bacilles colorés résistent à l'action de l'acide nitrique. L'auteur affirme au contraire que la résistance de ces éléments n'est pas aussi prononcée, et le prouve d'une façon très simple.

Il prend une préparation de crachats colorée à l'huile d'aniline et à la fuchsine, puis décolorée par l'acide nitrique ; il fait passer sous la lamelle une goutte d'eau, puis de l'acide nitrique dilué et constate alors que les bacilles se comportent d'une façon variable. Quelques-uns se décolorent, d'autres prennent une coloration jaune brun ou brun noir ; d'autres, enfin, conservent la coloration rouge vif. Mais au bout de 15 à 20 minutes, on n'en trouve plus de rouges ; tous les bacilles sont bruns ou décolorés.

Si l'on absorbe l'acide au moyen du papier buvard et qu'on fasse passer un nouveau courant d'eau, un grand nombre de bacilles redeviennent rouges, quelques-uns sont foncés, d'autres restent sans couleur, d'autres enfin ont disparu. On peut ainsi, en faisant agir alternativement l'eau et l'acide nitrique, reproduire les mêmes alternatives, mais à chaque expérience, le nombre des bacilles rougissants diminue.

Les bacilles se comportent donc au point de vue de la coloration exactement comme les globules de pus des crachats.

Les résultats de l'auteur s'appliquent aussi bien à la coloration par le violet de méthyle qu'à celle de la fuchsine. L. GALLIARD.

VI. — Prior confirme les résultats obtenus par Ziehl : 1° La solution de l'aniline d'Ehrlich a une réaction neutre et non alcaline ;

2° La coloration des bacilles tuberculeux s'obtient, que la teinture soit alcaline, neutre, faiblement acide, ou même qu'elle soit une simple solution aqueuse concentrée, mais elle est plus lente avec une liqueur faiblement acide et moins intense avec une simple solution aqueuse ;

3° La coloration des bacilles tuberculeux réussit encore quand, à l'eau d'aniline, on substitue une liqueur d'essence de térébenthine préparée de la même façon ;

4° La prétendue enveloppe des bacilles tuberculeux ne met pas obstacle à l'action des acides, car au bout d'une heure, la plupart sont décolorés.

Tous les bacilles, aussi bien les communs que les tuberculeux, sont colorés par les matières tinctoriales usitées ; les premiers le sont même beaucoup plus facilement et plus rapidement que les tuberculeux. Mais quand on chauffe l'acide, il n'y a plus de différence.

En résumé, les bacilles tuberculeux ne se laissent pas pénétrer si aisé-

ment à froid par les matières colorantes et les retiennent plus énergiquement, une fois qu'ils en sont imprégnés ; d'autre part, leur coloration et leur décoloration sont presque instantanées, lorsqu'on chauffe la substance colorante et l'acide.

Il est d'un grand intérêt pratique de savoir qu'au bout d'une demi-heure, beaucoup de bacilles tuberculeux soumis à une solution d'acide azotique froide ont déjà perdu leur couleur, car on pourrait croire à tort à leur absence dans la préparation. Prior est d'avis de ne pas les exposer plus de 2 minutes à l'effet de l'acide.

VII. — L'auteur a fait subir quelques petites modifications au procédé de coloration de Koch et Ehrlich pour les bacilles des crachats tuberculeux : 1° Il supprime l'addition d'eau d'aniline aux mélanges colorants qui restent composés de fuchsine et de vert malachite ; 2° comme substance décolorante, il emploie l'acide acétique glacial qui a sur les acides minéraux le double avantage de ne pas agir avec autant de hâte et de laisser plus longtemps leur teinte aux préparations de bacilles qu'on conserve.

Petri a reconnu aussi un fait qui intéresse plus spécialement le botaniste que le médecin. C'est que les spores et les gemmes de deux mucorinées très répandues (mucor mucedo et racemosus) se comportent, quant à leur coloration, en présence de l'aniline exactement comme les bacilles tuberculeux et lépreux.

Il n'y a, d'ailleurs, pas de confusion possible entre les deux, car si les uns et les autres sont rouges, leurs dimensions et leurs formes sont bien différentes. J. B.

VIII. — La technique est empruntée à Rindfleisch. Pour préparer la matière colorante, il remplit le fond d'une éprouvette avec de l'huile d'aniline, verse de l'eau distillée sans remplir plus d'un tiers de l'éprouvette, agite vivement et, après filtration, verse 6 gouttes de solution alcoolique concentrée de fuchsine. C'est à la surface de cette solution colorante versée dans un verre de montre qu'il dépose la lamelle sur laquelle se trouve le crachat desséché. Cette lamelle est ensuite exposée à la flamme de la lampe à alcool, puis plongée dans un mélange de 20 centimètres cubes d'alcool absolu avec 3 gouttes d'acide nitrique concentré, jusqu'à ce que la coloration rouge ait disparu des parties minces de la préparation. Après cette décoloration qui ne porte qu'imparfaitement sur les parties épaisses, la lamelle est lavée à l'eau distillée, plongée dans une solution saturée de bleu de méthyle destinée à colorer le fond, lavée encore à l'eau distillée, séchée sur la flamme et montée dans le baume du Canada.

Les bacilles vus par l'auteur répondent à la description de Koch.

Chez 140 phtisiques confirmés, la constatation des bacilles n'a pas souffert d'exception. Le nombre des éléments augmente proportionnellement aux progrès de la maladie ; il est considérable chez les fébricitants, il devient colossal dans les phtisies florides. Quand le processus s'arrête, la quantité des bacilles diminue très notablement.

Voici quelques faits intéressants :

Un jeune homme, né de parents sains, n'ayant pas toussé, n'ayant pas eu de fièvre, vient de cracher du sang. Au moment où il se déshabille, nouvelle hémorragie qui empêche l'examen : on ne trouve pas de bacilles dans le sang.

Dans deux cas de tuberculose avancée où surviennent des hémoptysies, on trouve des bacilles dans le sang mêlé aux crachats muco-purulents ; mais ils existent en moins grand nombre qu'avant les hémoptysies.

Chez cinq malades qui avaient depuis longtemps de la toux, des sueurs nocturnes, sans autre signe que de l'expiration prolongée, les bacilles ont fait défaut.

Chez douze sujets admis à l'hôpital avec la mention « catarrhe des sommets », le résultat des recherches a été d'abord négatif. C'est seulement après l'apparition des râles et de la matité qu'on a trouvé des bacilles.

Les crachats de 150 malades non tuberculeux n'ont jamais contenu de bacilles.

IX. — L'auteur a examiné, d'après le procédé d'Ehrlich, les crachats de 140 tuberculeux. Parmi ces malades, il y en avait un atteint de tuberculose miliaire; un autre affecté de pneumonie caséeuse.

Tous les autres étaient des chroniques que l'auteur divise en quatre groupes :

1° Six cas d'infiltration ancienne des sommets, guérie avec persistance de matité, mais sans râles, *pas de bacilles* ;

2° Douze cas de tuberculose débutante : matité légère, craquements secs. Sur ces douze cas, il y en avait deux où, malgré les symptômes physiques très nets, la fièvre faisait défaut et la poussée tuberculeuse pouvait être considérée comme terminée : les bacilles manquaient. Sur 10 autres cas, les bacilles n'ont manqué que deux fois ;

3° Cas de phtisie avancée à marche constamment progressive;

4° Phtisie avancée chronique, mais avec des rémissions.

Dans ces deux derniers groupes, les bacilles ont toujours été observés par l'auteur.

Y a-t-il une relation entre le nombre des bacilles et la marche du processus tuberculeux? Il est impossible d'établir une règle invariable.

Dans six cas de tuberculose au début, l'auteur a vu les bacilles disparaître au moment de l'arrêt du processus pulmonaire. On constate parfois de grandes variations chez un même sujet. La température des malades n'indique rien à ce point de vue.

L'auteur a examiné 29 fois des crachats non tuberculeux provenant de pneumonies franches, de pneumonies lobulaires, de bronchites primitives ou secondaires, de dilatations bronchiques et de bronchites putrides avec gangrène. Dans aucun de ces cas, il n'y avait de bacilles, et ce renseignement a acquis trois fois une importance extrême pour le diagnostic.

Voici le fait le plus curieux :

Homme de 26 ans, présentant une infiltration du lobe supérieur droit qui semble même creusé de cavernes. On apprend qu'il tousse depuis plusieurs années, mais que depuis quelques semaines, la toux s'est accentuée, tandis que la fièvre se manifestait. Diagnostic : tuberculose pulmonaire. Pas de bacilles.

Quelques jours après l'admission à l'hôpital, gangrène des parois de la caverne. Au bout d'un mois, œdème pulmonaire aigu et mort.

A l'autopsie, on trouve les lésions suivantes : emphysème pulmonaire et bronchite chronique, bronchectasie du côté droit, pneumonie chronique et gangrène à droite : il y a dans le lobe supérieur droit une caverne grosse comme le poing renfermant une masse de parenchyme mortifié, et en outre plusieurs foyers gangreneux peu étendus.

L'auteur n'aurait pas osé, sans la donnée histologique, formuler le diagnostic de pneumonie interstitielle en éliminant la tuberculose.

X. — Dans les crachats des phtisiques, le nombre des bacilles subit

de fréquentes variations : l'expectoration d'un malade présentait tous les jours des centaines de bacilles (cas aigu) ; celle d'un autre cas (stationnaire) en était dépourvue pendant plusieurs jours. Des variations analogues de volume se faisaient aussi remarquer.

Parmi les cent malades examinés, il y avait quinze phtisiques au début : chez eux, les bacilles étaient en petit nombre, mais offraient des dimensions considérables. Les mêmes particularités existaient aussi chez des phtisiques avancés, aussi ne put-on attribuer au nombre des bacilles une valeur pronostique sérieuse.

Voici un cas intéressant au point de vue de la question des bacilles et de leur signification clinique :

Une cuisinière de 18 ans se fait soigner au milieu de janvier pour de la toux et des douleurs de poitrine. Elle n'a jamais été malade et paraît bien portante, mais ses antécédents héréditaires sont mauvais. La sonorité du thorax est normale partout; à l'auscultation, quelques râles au sommet droit. Dans les crachats, un petit nombre de bacilles de moyenne grandeur. Au bout de trois semaines, les signes pulmonaires ont disparu, mais les bacilles persistent.

En mars, nouveaux symptômes.

Au mois d'avril, première hémoptysie.

L'apparition des bacilles a donc précédé de longtemps la première hémoptysie.

L'auteur a recherché en outre les bacilles dans les crachats de cent sujets non tuberculeux, atteints de bronchite, d'emphysème ou de pneumonie. L'absence de bacilles a été constante chez ces sujets et a même permis, dans certains cas douteux, de faire un diagnostic précis. En voici un exemple :

Homme de 21 ans, tous les signes de la phtisie; et cependant les bacilles n'existent ni dans les crachats ni dans les exsudats de l'abdomen ponctionné; à l'autopsie, carcinomatose généralisée; au sommet droit, adhérences sans tubercules.

XI. — L'auteur donne la préférence à la méthode d'Ehrlich.

La présence des bacilles est constante dans les crachats des phtisiques, et dans ceux-là seulement.

Le nombre des bacilles est en rapport avec la gravité des lésions pulmonaires.

Deux fois l'auteur a trouvé des bacilles dans le pus; il s'agissait, dans un cas, d'un abcès par congestion consécutive à la carie tuberculeuse des vertèbres, et, dans l'autre, d'une adénite cervicale scrofuleuse.

Sur des coupes, les bacilles ont été trouvés aussi bien dans les tubercules miliaires de divers organes, dans les granulations de la tuberculose chronique et dans les infiltrations de même nature. Ils abondaient surtout dans les tissus où le processus suivait une marche envahissante.

XII. — Pour la coloration, c'est le procédé d'Ehrlich qui donne les meilleurs résultats. Il faut recommander aux jeunes histologistes d'éviter les préparations trop épaisses.

Si l'on veut se mettre à l'abri de toute erreur, on ne manquera pas d'employer l'immersion homogène et l'appareil d'éclairage d'Abbé, bien que l'objectif 7 d'Hartnack (oculaire 3) permette de voir directement les bacilles.

Ces éléments ont presque toujours été reconnus dans les crachats des phtisiques; leur apparition a souvent précédé les symptômes d'auscul-

tation. Dans cinq cas, ils ont fait défaut, mais c'est qu'alors il n'existait pas de véritable caséification tuberculeuse.

Jamais les bacilles ne se trouvent dans les crachats en dehors de la tuberculose.

Leur quantité a une grande importance pronostique. Pour se persuader des variations que subit leur nombre chez un sujet, il faut examiner les crachats journellement pendant des semaines et des mois. Ces variations sont en général peu considérables, bien que les foyers caséeux déversent de temps en temps leur contenu dans les bronches. Mais l'abondance des bacilles varie beaucoup d'un sujet à l'autre. Quand elle est considérable, elle indique un processus rapide ; il y a généralement une fièvre vive et le pronostic est grave.

Leur diminution progressive chez un malade, permet d'affirmer la marche vers la guérison. L. GALLIARD.

XIII. — L'auteur a fait des recherches à la clinique de Bâle, en employant la méthode de coloration due à Ehrlich et Rindfleisch. Il répartit en 4 groupes les malades qui ont fourni la matière de ses observations.

Le premier groupe est composé de ceux chez lesquels le diagnostic de phtisie pulmonaire ne laissait aucun doute et que l'autopsie a d'ailleurs confirmé pour les 20 d'entre eux qui ont succombé. Sur les 68 patients de cette première catégorie, Ruetimeyer a toujours trouvé les bacilles dans les crachats.

Chez deux convalescents de fièvre typhoïde où les signes thoraciques faisaient encore défaut, le diagnostic a pu être établi par la constatation des bacilles pour l'un avant le début des hémoptysies, pour l'autre dans le premier crachement de sang.

Les bacilles ont également été reconnus dans l'expectoration d'un malade dont la pneumonie, paraissant franche, ne se résolvait pas.

6 malades, offrant les symptômes de la phtisie pulmonaire au sens le plus large du mot, ne présentèrent pas de bacilles dans leurs crachats. 3 d'entre eux étant morts, leur autopsie a montré qu'en réalité, l'un avait un cancer au poumon, tandis que des 2 autres, des tailleurs de pierre, l'un avait une pneumonoconiose avec dilatations bronchiques, l'autre une tuberculose miliaire aiguë.

Quant aux 3 autres, encore vivants, l'un a des signes de cancer, 2 une laryngite ulcéreuse, mais leur profession les expose également à l'action des poussières.

Un 2e groupe est formé par 5 malades, atteints de catarrhe de sommet avec matité nulle, sans fièvre ni hémoptysie et avec expectoration peu abondante. Bien qu'il s'agisse peut-être de tuberculoses pulmonaires au début, Ruetimeyer n'a pu trouver de bacilles ; ce qui n'exclut pas la possibilité d'en trouver à la faveur d'une observation plus prolongée et de crachats plus profus.

Le 3e groupe est constitué par 5 malades atteints de tuberculose ailleurs que dans les poumons. Sur 5 malades atteints de tuberculose osseuse ou articulaire, une seule fois l'auteur a noté des bacilles dans le pus d'une arthrite fongueuse du genou. Il a constaté les bacilles dans le pus d'un empyème de tuberculeux, dans un ulcère lingual et dans des ulcérations intestinales.

Il les a recherchés vainement dans le pus caséeux d'un épididyme

tuberculeux extirpé, dans la sécrétion prostatique d'un autre malade atteint aussi de tuberculose des voies urinaires. En revanche, il en a constaté la présence dans le sédiment urinaire d'un malade ayant la même affection que le précédent.

Enfin le dernier groupe de malades comprend tous les nontuberculeux au nombre de 20, chez lesquels Ruetimeyer a inutilement cherché à trouver des bacilles, soit dans les crachats de pneumonie, d'emphysème, de bronchite aiguë et chronique, soit dans les sécrétions d'un catarrhe naso-pharyngé, etc.

Voici ses conclusions :

1° La recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats réussit constamment chez les phtisiques aux périodes les plus diverses et sans qu'on ait jamais besoin de faire un très grand nombre de préparations pour arriver à un résultat positif ;

2° Le résultat positif ou négatif (ce dernier toujours appuyé sur une observation répétée avec l'appareil d'Abbé et une immersion homogène) de cette recherche peut fournir des éléments importants de diagnostic ;

3° Le nombre et le développement des bacilles ne sont souvent pas en rapport avec l'intensité du travail morbide ;

4° Dans la tuberculose des organes autres que le poumon, la constatation des bacilles étant beaucoup moins constante, leur signification a moins d'importance au point de vue pratique ;

5° Dans les affections non tuberculeuses, on ne voit de bacilles ni dans l'expectoration ni dans les autres excrétions. J. B.

XIV. — Homme robuste, sans antécédents pathologiques, âgé de 21 ans. Entré à l'hôpital pour une pleurésie aiguë gauche. Ponction de 3,400 centimètres cubes de liquide fibrineux. Pas de bacilles dans le liquide. Reproduction rapide du liquide ; dyspnée, cyanose, œdème de la face et du bras et du thorax gauche, puis phénomènes de décubitus, abcès multiples. Mort au bout de dix semaines, sans que les crachats eussent jamais renfermé de bacilles tuberculeux.

A l'autopsie, on trouva une péripleurite caséeuse gauche avec exsudat séro-hémorragique et infiltration caséeuse des ganglions bronchiques et trachéaux, sans lésion pulmonaire. La masse caséeuse était formée de cellules épithélioïdes, rondes ou fusiformes, constituant des amas au centre desquels on trouvait la nécrose de coagulation. Nulle part de cellules géantes, mais un certain nombre de bacilles tuberculeux.

Bien qu'aucune inoculation n'ait été pratiquée avec les produits caséeux, Neelsen se croit autorisé, de par la présence des bacilles, à conclure à l'existence d'un processus tuberculeux. L. D.-B.

XV. — 1° Un adulte, toussant depuis deux mois, est atteint depuis trois semaines d'otorrhée purulente. On constate chez lui les symptômes de l'otite moyenne, et comme il y a dans la poitrine des signes manifestes de tuberculose, comme les crachats contiennent des bacilles, l'auteur diagnostique une otite tuberculeuse et cherche les bacilles dans le pus de l'oreille.

Le pus mêlé de quelques gouttes d'eau, est placé sur une lamelle où il se dessèche, et qu'on plonge ensuite pendant 24 heures dans la solution d'Ehrlich. Les bacilles colorés en violet sont faciles à observer sur un grand nombre de préparations ;

2° Dans le second cas, la découverte des bacilles a une grande valeur pronostique.

Un jeune garçon atteint d'otorrhée consécutive à la scarlatine se présente avec une perforation du tympan. Il y a des adénopathies cervicales, mais la

poitrine n'offre à l'auscultation aucun signe de tuberculose. L'enfant ne crache pas. Cependant on trouve dans le pus de l'oreille les bacilles de la tuberculose.

Au bout d'un mois de traitement, la perforation du tympan est guérie, mais l'otite externe persiste et le pus contient encore les mêmes éléments. Le traitement tonique n'a pas produit d'amélioration de l'état général.

L. GALLIARD.

XVI. — Chez un jeune homme de 19 ans, atteint depuis plusieurs années de cystite chronique et qui présentait tous les signes d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide, l'auteur a découvert dans le sédiment de l'urine des bacilles tuberculeux parfaitement nets. Les microbes, faciles à mettre en évidence par la méthode d'Ehrlich étaient bien développés, munis de spores, mais toujours isolés et en petit nombre (deux à douze dans le champ du microscope). L'autopsie du malade n'a pu être faite. H. B.

XVII. — Les recherches des auteurs ont été faites à la clinique de Volkmann, à Halle.

1° Tuberculose des synoviales, 10 cas. Présence constante de bacilles peu nombreux et nécessitant souvent des recherches prolongées ;

2° Tuberculose des os, 3 cas. Même résultat ;

3° Abcès tuberculeux, 14 cas. La membrane de l'abcès renfermait toujours des bacilles. Dans le pus lui-même, les auteurs n'en ont pas découvert chez 4 malades examinés successivement ;

4° Tuberculose ganglionnaire, 3 cas ;

5° Tuberculose de la peau et lupus, 3 cas ;

6° Tuberculose des muscles, 1 cas. Bacilles rares ;

7° Tuberculose linguale, 1 cas. Bacilles en abondance considérable ;

8° Tuberculose du testicule, 1 cas. Même résultat ;

9° Tuberculose des organes génitaux féminins et de la vésicule biliaire, 2 cas. Même résultat.

En résumé, les auteurs affirment la présence constante des bacilles dans ces diverses affections chirurgicales, mais la plupart du temps, leur nombre est médiocre. Il est possible que cela tient à ce qu'on a rarement l'occasion d'examiner ces affections chroniques à leur phase initiale. J. B.

XVIII. — Bouilly rapporte quatre observations différentes de lésion chirurgicale chez des tuberculeux ou soupçonnés tels, dans lesquelles l'examen histologique, pratiqué par Debove, a révélé la présence des bacilles caractéristiques.

Il rapproche ces cas de ceux qui viennent d'être publiés par Karl Schuchardt et Fédor Krause.

Après avoir insisté sur la difficulté qu'on éprouve souvent à mettre au jour ces micro-organismes, quelquefois fort peu nombreux, et sur la nécessité de varier et de multiplier les coupes et les recherches, l'auteur aborde la question importante de leurs rapports avec le traitement des lésions tuberculeuses.

Rappelant d'une part les belles et récentes communications de Verneuil à la Société de chirurgie, sur l'explosion d'accidents tuberculeux généralisés à la suite de la blessure d'un de ces foyers ; et d'autre part, rapprochant de ces faits les opérations heureuses pratiquées chaque jour sur les abcès froids, les lésions osseuses, etc..., Bouilly est porté à admettre que ces différences peuvent tenir à des conditions diverses de

milieu; mais que souvent aussi la présence des bacilles peut, par auto-inoculation, donner l'explication des accidents que l'on observe à distance. De nouveaux faits cependant sont nécessaires pour se prononcer définitivement. En tout cas, en présence de foyers remplis de micro-organismes, l'intervention chirurgicale sera d'autant plus assurée du succès et préviendra d'autant mieux la généralisation qu'elle cherchera d'avantage à éviter l'auto-inoculation par de larges opérations. OZENNE.

XIX. — 1° Les fongosités, provenant de l'os réséqué dans 4 cas d'ostéomyélite et d'ostéosynovite fongueuse, ont offert des bacilles sur les 40 préparations examinées au microscope.

2° L'examen des produits sécrétés dans 31 cas d'affections scrofuleuses locales a fourni pour 14 des bacilles, à savoir : 7 abcès ganglionnaires dont 2 à bacilles ; 2 périostites chroniques dont 1 à bacilles; 5 ostéites et ostéomyélites fongueuses dont 2 à bacilles ; 6 arthrites tuberculeuses ou fongueuses dont 5 à bacilles ; 7 ulcérations cutanées dont 4 à bacilles ; 2 coryzas et 2 otites moyennes suppurées sans aucun bacille.

Bien que les bacilles se rencontrent constamment dans les fongosités osseuses et articulaires, ils s'y présentent avec des caractères différents de ceux des crachats tuberculeux. La recherche en est beaucoup plus délicate, vu leur petit nombre et leur dimension en général est m ins considérable.

Dans les produits de sécrétion, les bacilles sont non seulement moins constants, mais encore beaucoup plus clairsemés que dans les fongosités; aussi leur absence sur un petit nombre de préparations n'est-elle pas absolument démonstrative.

Kanzler, qui exerce la médecine dans une station d'eaux mères où affluent les scrofuleux est d'avis que la scrofule et la tuberculose sont deux choses différentes. Leur seule affinité c'est que la scrofule offre un terrain de prédilection pour le développement de la tuberculose.

Pour maintenir l'indépendance de la scrofule, Kanzler invoque les arguments suivants :

1° Jusqu'ici, on n'a trouvé de bacilles que dans la minorité des manifestations locales de la scrofule. Jamais on n'en a vu dans des ganglions qui n'avaient pas subi la fonte caséeuse ou purulente, dans l'eczéma et l'impétigo, dans l'otite moyenne suppurée, dans les catarrhes de la conjonctive des fosses nasales, du pharynx, du vagin, etc. ;

2° On n'a jamais non plus constaté de bacilles dans la scrofule générale qui est habituellement congénitale et se traduit chez le nouveau-né par l'existence de ganglions à la nuque et de coryza ;

3° Toutes les expériences d'inoculation de bacilles, d'inhalations et d'alimentation avec des produits tuberculeux, n'ont jamais déterminé la scrofule. J. B.

XX. — Il est intéressant de rechercher les bacilles sur les organes qui, comme le voile du palais, sont rarement atteints par la tuberculose. L'auteur a pu le faire dans deux cas qu'il a observés, pendant deux ou trois semaines, suivant par conséquent les diverses phases de la maladie : tubercule gris de la dimension d'une tête d'épingle, tubercules caséeux, ulcérations consécutives à la caséification et de grandeurs variables. Le pus pris à la surface des ulcères contenait un grand nombre de bacilles colorables par la fuchsine et par le violet de méthyle. Ces éléments ont

été retrouvés en raclant les ulcérations après la mort, et sur des coupes du voile du palais, on les découvre dans l'épaisseur des tissus.

On sait que la tuberculose du voile du palais n'est jamais primitive, mais qu'elle survient toujours secondairement à l'infiltration pulmonaire et même à un stade avancé de la phtisie. Il est vraisemblable qu'elle résulte de la fixation des bacilles contenus dans les crachats et traversant la gorge : le phénomène ne peut se produire que s'il existe préalablement de petites plaies de la muqueuse. L. GALLIARD.

XXI.— Les procédés employés par les auteurs pour colorer les bacilles sur les coupes des tissus ont été soit celui d'Ehrlich, soit des procédés analogues. Ils ont ainsi obtenu des préparations de bacilles de la tuberculose, grâce auxquelles ceux-ci ont pu être distingués de toutes les espèces de bacilles actuellement connues, sauf celui de la lèpre.

Les cobayes, dans le péritoine desquels on injecte quelques gouttes de crachats de phtisiques contenant des bactéries, présentent cinq ou six semaines après l'injection une éruption de granulations tuberculeuses très abondantes dans la rate, le foie, le péritoine, les ganglions, l'intestin, le mésentère, les organes génitaux et le poumon. Partout les granulations contiennent une grande quantité de bactéries accumulées soit à la surface du péritoine qui revêt les organes abdominaux, soit dans les tubercules.

Les auteurs ont aussi recherché les bactéries de la tuberculose dans une série de lésions qui sont sur la limite de la tuberculose et de la scrofule (ganglions strumeux, abcès scrofuleux de la peau et de la mamelle, tumeurs blanches, etc...). Les résultats ont été extrêmement variables. Aussi y a-t-il lieu de diviser les faits en plusieurs groupes.

Dans un certain nombre d'observations, le nombre considérable des bacilles dans tous les produits tuberculeux, granulations, infiltrations, pneumonie caséeuse, explique parfaitement la genèse des lésions d'inflammation chronique qui constituent la tuberculose. Les lésions sont là aussi manifestement liées aux bactéries que les nodules de la lèpre. La propagation de ces micro-organismes par les vaisseaux sanguins et lymphatiques est prouvée par leur siège à l'intérieur et autour de ces vaisseaux.

Dans une seconde série de faits, les bacilles caractéristiques de la tuberculose sont peu nombreux, mais il en existe constamment un ou plusieurs dans les cellules géantes, c'est-à-dire au milieu des granulations tuberculeuses. Là aussi le pourtour des petits vaisseaux est leur siège d'élection.

Quelquefois, au lieu des bacilles ou à côté des bacilles, on rencontre des grains qui se colorent de la même couleur par la même série de manipulations. Ces grains ne sont pas les éléments qui ont été vus tout d'abord par MM. Klebs et Toussaint.

Dans une troisième série d'observations relatives à la tuberculose chronique, les bacilles qui siègent presque toujours dans les cellules migratrices ne se trouvaient plus que dans les parois des cavernes ou des bronches ulcérées. On n'en voyait généralement point dans les parties en dégénérescence caséeuse. On en trouvait par contre dans la zone de granulations récentes qui entoure les masses caséeuses, ainsi que dans les tubercules fibreux très anciens.

Pour expliquer les cas où le nombre restreint des bacilles ne saurait expliquer toutes les lésions, on peut supposer qu'ils ont été éliminés ou détruits, mais qu'ils n'en laissent pas moins après eux des inflammations chroniques scléreuses ou des îlots de dégénérescence caséeuse. L'élimination se fait par les crachats provenant des cavernes et des bronches, par les catarrhes, par les ulcérations intestinales et par les urines.

G. DECAISNE.

XXII. — Spina s'élève contre les conclusions de Koch et d'Ehrlich. Il a vu que les solutions d'aniline, neutres ou acides, attaquent, comme les solutions alcalines les diverses bactéries et les bacilles de Koch ; que ces éléments ne résistent pas aux couleurs brunes, et qu'ils sont soumis enfin à l'action de l'acide nitrique. Il enlève donc au bacille de Koch ses caractères distinctifs.

On est forcé d'admettre qu'il existe réellement dans les crachats des phtisiques des bacilles colorés en bleu. Comment ce fait s'accorde-t-il avec la colorabilité uniforme de toutes les bactéries ? En voici l'application : il y a dans la masse des bactéries qui viennent d'un poumon tuberculeux certains éléments qui fixent plus fortement la matière colorante et par conséquent se laissent moins facilement décolorer que d'autres par les couleurs brunes et par l'acide nitrique ; ceux-là demeurent donc encore bleus ou violets à un moment où d'autres sont entièrement décolorés. Il se passe là quelque chose de comparable à ce qu'on observe dans d'autres préparations, celles de sang par exemple. Si l'on y met une goutte de matière colorante, on voit certains globules se teinter plus ou moins fortement, tandis que d'autres résistent. Qu'on porte ensuite une goutte de réactif décolorant, on verra les globules foncés perdre lentement leur teinte artificielle. Mais ce n'est pas un motif suffisant pour les considérer comme des éléments spéciaux et les ranger dans une catégorie distincte. On sait, en effet, qu'il y a là non seulement une propriété de certaines cellules, mais aussi des accidents de préparation à considérer.

Il ne faut donc pas s'étonner si l'on trouve tantôt un grand nombre, tantôt une petite quantité de bacilles bleus, ou bien si l'on découvre des bactéries analogues aux bacilles de Koch, mais colorés en brun, ou encore des bactéries différentes des bacilles, mais colorées en bleu.

L'auteur constate que ses appréciations ont été confirmées par Lichtheim et Ziehl pour ce qui concerne l'alcalinité des solutions colorantes, par Ziehl, Finkler et Eichler pour ce qui touche les réactions de la couleur brune et de l'acide nitrique.

Deux élèves de Stricker, Kaberbehl et Matray ont fait les mêmes constatations sur les trois points.

Matray a en outre étudié, d'après la méthode de Koch, diverses bactéries. Voici ses résultats : il a pu colorer en bleu sur un fond brun, des bâtonnets, des cocci isolés réunis en paires ou groupés en colonies, des variétés de leptothrix et de torula qu'il a trouvés dans des crachats de dilatation bronchique, d'asthme bronchique, de bronchite généralisée, dans l'expectoration de quatorze pneumoniques, dans les lochies d'une accouchée non tuberculeuse, dans l'enduit lingual de sujets non phtisiques, les évacuations d'un typhique et les tissus d'un sujet mort d'œdème malin.

2° Les bacilles de Koch existaient dans un cas de bronchectasie, sur la

langue de sujets sains ou malades, dans les selles d'un typhique, dans des crachats de bronchite disséminée, de pneumonie croupale, d'asthme bronchique, dans les lochies d'une accouchée saine.

Or, les bactéries colorées en bleu, analogues ou non aux bacilles, se comportent comme les bacilles envers les réactifs, acide nitrique vésuvine et participent à leurs propriétés soi-disant spécifiques.

Les recherches de l'auteur ont porté ensuite sur les tissus tuberculeux. Sur les cadavres frais, pas de bacilles dans les tubercules. Sur les cadavres putréfiés, ou dans les tissus atteints de caséification, c'est-à-dire mortifiés, il trouve des bâtonnets bleus, surtout dans les organes qui ont été pendant la vie en contact avec l'air atmosphérique. Et là encore ils existent en petit nombre.

De même Kaberbehl a examiné un cas de tuberculose miliaire sans trouver de bacilles et dans un poumon excavé, il n'en a découvert que sur les bords de la caverne, tandis qu'à une certaine distance, les tubercules n'en contenaient pas.

Spina les a recherchés inutilement dans un testicule tuberculeux que Kolisko a examiné après lui.

Tandis que les bacilles font défaut au siège que la théorie leur assigne, Demme les a vus dans trois cas de lupus.

Voici enfin la discussion très brève des inoculations tuberculeuses. L'auteur a reproduit la tuberculose expérimentale en injectant dans le ventre de deux cobayes du verre pulvérisé et du cinabre. Toutes les précautions étant prises pour éviter la pénétration accidentelle du virus tuberculeux, les animaux ont cependant présenté trois semaines après l'expérience, des nodules dans le foie, le grand épiploon et le pancréas. — Spina en conclut que l'inoculation de matières indifférentes détermine les mêmes altérations qne celle des substances tuberculeuses. L. GALLIARD.

I. — **Nachweis der pathogenen Bedeutung der Tuberkelbacillen (Valeur pathogénique des bacilles), par BAUMGARTEN** (*Centralb. f. die med. Wiss.*, *n°* 42, 1883).

II. — **Recherches expérimentales sur l'étiologie de la tuberculose, par RAYMOND et ARTHAUD** (*Arch. gén. de méd.. janvier* 1883).

III. — **Experimentelle Untersuchungen über Tuberkulose, par VERAGUTH** (*Corr. Bl. f. schw.-Aerzte,* 15 *juillet* 1883).

IV. — **Tuberkulose ; Uebertragungsversuche (Transmission de la tuberculose), par SIEDAMGROTZKY** (*Arch. f. wiss. und prakt. Thierheilk. Baud VIII, p.* 174).

V. — **Ueber Infection der Darmschleimhaut nach Verschlucken tuberculöser Sputa (Infection de la muqueuse intestinale par la déglutition des crachats), par MOSLER** (*Deutsch. med. Woch.*, *n°* 19, 1883).

VI. — **Beitrag zur Impftuberculose, par B. KUSSNER** (*Ibid.*, *n°* 36, 1883).

VII. — **Ueber die Zuverlässigkeit von Impfungen... (Valeur des inoculations de substances tuberculeuses dans la chambre intérieure de l'œil), par DAMSCH** (*Ibid.*, *n°* 17, 1883).

VIII. — **Tubercolosi dell'occhio per inoculazione, par FALCHI** (*Giorn. della R. Acad. di Torino, avril* 1882).

**IX. — Zur Tuberkulosenfrage, lettre à Spina par TAPPEINER** (*Wiener med. Presse, n° 11, 1883*).

**X. — Ueber die Wege der tuberculosen Infection, par BAUMGARTEN** (*Zeit. f. klin, Med. Band VI, p. 61*).

**XI. — Ueber die Verbreitungsweise der Tuberkelbacillen bei den Hühnern (Distribution des bacilles de la tuberculose chez les poules), par RIBBERT** (*Deuts. med. Woch., n° 28, 1883*).

**XII.— Die anatomischen Wege des Tuberkelgiftes. (Voies suivies par les bacilles dans l'organisme humain), par WEIGERT** (*Berl. klin. Woch., 14 janvier 1884*).

**XIII. — Neue Mittheilungen über die Pathogenie der acuten allgemeinen Miliartuberculose, par WEIGERT** (*Deuts. med. Woch., n° 24, 1883*).

**XIV. — Réponse à Weigert, par BAUMGARTEN** (*Ibid., n° 26, 1883*).

**XV. — Die Wege des Tuberkelgiftes zu den serösen Häuten (Voies qui conduisent le poison tuberculeux aux séreuses), par WEIGERT** (*Ibid. n° 31, 1883*).

Ainsi que nous l'avons fait observer à propos de la communication de M. G. Sée, les expériences de Koch, les seules qui aient une rigueur scientifique suffisante pour la démonstration de l'action pathogénique du bacille de la tuberculose sont restées jusqu'à ce jour isolées. Les expérimentateurs reprennent, en les modifiant, en les perfectionnant, les expériences de Villemin, de Cohnheim, de Martin, de sorte que nous sommes de plus en plus édifiés sur l'action virulente des crachats et des tissus tuberculeux ; mais nous restons jusqu'à un certain point dans le doute, lorsqu'il s'agit de la production de la tuberculose vraie au moyen des bacilles cultivés. Il y a là une lacune qu'il serait important de combler.

A la suite des travaux consacrés à l'expérimentation, on trouvera des publications intéressantes consacrées à la pathogénie de la tuberculose. Comment se fait la progression des lésions? Comment l'affection arrive-t-elle à se généraliser? Comment les éléments anatomiques sont-ils affectés? Ce sont là des questions qui ne manquent pas d'intérêt et qui ont été traitées avec tous les développements suffisants. C. ZUBER.

I. — Relation d'expériences faites en commun avec Arndt. Lorsqu'on introduit dans la chambre antérieure de l'œil chez des lapins, des fragments de tissu tuberculeux bacillaire, on observe les phénomènes suivants. Dès le second jour, on constate une augmentation considérable du nombre des bacilles dans la masse inoculée qui s'est enkystée. Puis les bacilles pénètrent dans l'iris et la cornée, et on les trouve le 5e jour dans ces deux membranes, alors qu'il n'existe de ce côté aucune altération appréciable. Le 6e jour, commence à leur voisinage un travail de néoformation qui donne naissance à des cellules endéthélioïdes ou épithélioïdes. Le processus gagne de proche en proche, mais débute partout par la formation de colonies bacillaires, ce sont les bacilles qui constituent le point de départ des néoformations.

Vers le 10e ou 11e jour, la lésion tuberculeuse de l'iris et de la cornée est devenue visible à l'œil nu.

Ce n'est pas seulement dans les lieux d'inoculation, mais encore dans des points du corps fort éloignés, que le processus suit cette marche. Les reins surtout permettent de bien étudier cette tuberculisation secondaire.

Au commencement de la 5e semaine, alors que les reins paraissent encore absolument sains à l'œil nu, on trouve déjà des masses de bacilles dans le réseau glomérulaire ; ceux-ci envahissent peu à peu le parenchyme ambiant pour y produire les tubercules métastatiques.

De ces faits Baumgarten n'hésite pas à conclure que le bacille de Koch est bien le point de départ de l'infection tuberculeuse. L. D.-B.

II. — Cet important mémoire est un exposé historique très complet des expériences d'inoculation, d'ingestion et d'inhalation de matière tuberculeuse. En montrant que la plupart de faits négatifs et contradictoires résultent de méthodes défectueuses, les auteurs établissent en même temps les règles d'une expérimentation vraiment scientifique. Pour les inoculations, l'absence de traumatisme local maintenant réalisée par l'emploi de la seringue de Pravaz et la pureté du virus obtenue à l'aide de tubercule jeune et frais sont les conditions essentielles du succès. Un troisième facteur encore à déterminer est l'influence de la quantité de virus injecté ; il a semblé aux auteurs que cette influence se manifestait surtout par la durée de la période d'incubation d'autant plus lente que la quantité de virus utilisée était moindre. La méthode de l'ingestion est entourée de difficultés plus grandes tenant à l'animal réactif, aux conditions hygiéniques, à la quantité et au mode de la substance tuberculeuse ingérée. En ce qui concerne par exemple le lait de vache tuberculeux les résultats contradictoires obtenus par Klebs, Gerbach, Moeller, Schraber, Toussaint, prouvent tout au plus que le lait, comme toutes les sécrétions, ne devient virulent qu'à certaines périodes de la maladie. Quant au fait de la conservation ou de la destruction de la virulence par la chaleur, tout dépend de la durée de son action, et d'après leurs expériences les auteurs pensent que la virulence d'un liquide tuberculeux peut toujours être détruite par une température élevée suffisamment prolongée. Quant à l'inhalation, les expériences de Tappeiner et de Giboux mettent hors de doute son influence sur la transmission de la tuberculose ; les faits contradictoires de Schottellus s'expliquent par un vice d'expérimentation, l'auteur s'étant servi de particules tuberculeuses trop volumineuses qui déterminent la mort par des lésions vulgaires du poumon avant que l'évolution tuberculeuse ait pu se produire.

Deux objections capitales ont été opposées aux résultats de Villemin et de ses successeurs. La première est tirée de la fréquence supposée de la tuberculose spontanée chez le lapin, animal réactif le plus usité. Or, sur une centaine de lapins sacrifiés dans un but expérimental, les auteurs n'ont pas rencontré un seul cas de tuberculose ; voulant de plus évaluer en chiffres la probabilité de cette erreur, ils ont examiné les viscères de 300 lapins provenant des Halles et destinés à l'alimentation des Incurables. Sur presque tous, 250 environ, on rencontrait des chapelets d'échinocoques sur le péritoine et l'épiploon. Cinquante présentaient dans le foie de petites masses dures ou caséeuses dans lesquelles le microscope permettait de reconnaître des corps oviformes et des œufs de tænias ; sur quinze autres, se trouvaient à côté de ces masses caséeuses, de petites granulations grises dues à une des phases de la transformation fibreuse des kystes à corps oviforme et à tænias ; chez cinq seulement les poumons renfermaient deux ou trois masses caséeuses dont la nature parasitaire paraissait certaine.

Quant à la seconde objection, elle est tirée de ce fait aujourd'hui bien connu, qu'il est possible de produire des lésions d'apparence tuberculeuse avec des substances autres que le tubercule. Mais on sait que l'anatomie pathologique est impuissante à établir la distinction entre le tubercule vrai et le faux tubercule; et d'autre part les expérimentateurs ont fait trop bon marché des chances de contagion de la tuberculose en laissant dans une même cage les animaux inoculés avec du tubercule ou avec des substances inertes. Enfin il importe d'étudier à côté des lésions anatomiques, les symptômes, la marche et la durée de la maladie provoquée, comme aussi de tenir compte des espèces animales mises en expérience. P. MERKLEN.

III. — L'auteur a rendu tuberculeux des lapins et des chèvres en leur faisant inhaler des solutions aqueuses filtrées de crachats tuberculeux.

Les premières altérations du tissu pulmonaire se montrent 15 jours après l'infection et consistent en un gonflement et une desquamation d'une partie de l'épithélium alvéolaire qui renferme dans son plasma de nombreux bacilles de Koch.

Bientôt après, on aperçoit dans la cavité des alvéoles un exsudat inflammatoire au sein duquel sont d'innombrables bacilles.

Puis les bacilles diminuent, le foyer s'entoure de tissu conjonctif et se calcifie, tandis qu'à son pourtour surviennent des tubercules interstitiels renfermant des bacilles; il en est de même dans les ganglions correspondants du hile et plus tard aussi dans le mésentère. J. B.

IV. — L'alimentation avec des produits tuberculeux de l'homme a donné des résultats absolument négatifs. A la suite des expériences faites avec les nodules de la pommelière et les produits caséeux du bœuf, on a trouvé, dans l'intestin et dans les glandes lymphatiques, des altérations analogues par leurs caractères macroscopiques et microscopiques aux lésions tuberculeuses de l'homme, sans que cependant on pût conclure à une identité bien certaine.

Chez les animaux (jeunes porcs et agneaux) nourris avec le lait de vaches affectées de la pommelière, on trouve dans divers organes des nodules suspects, ressemblant aux granulations tuberculeuses de l'homme, mais présentant, au microscope, certaines particularités de structure. Il faut remarquer en outre, que les animaux chez qui l'on trouvait ces nodules, avaient toute l'apparence d'une santé parfaite et que chez les porcs examinés par comparaison et qui n'avaient pas ingéré de lait de vaches malades, on trouvait dans les poumons et le foie des nodules calcifies, tuberculoïdes, semblables à ceux de l'autre série.

La conclusion des expérimentateurs est que les preuves manquent pour affirmer que la tuberculose peut être produite chez l'homme par l'ingestion de viande ou de lait provenant d'animaux atteints de pommelière.

A. C.

V. — L'auteur rappelle la thèse d'un de ses élèves, Wieniecki, sur ce sujet *(Greifswald*, 1873*)*, et cite des observation d'auto-infection par les crachats.

Il a institué des expériences sur les animaux :

1° On mêle aux aliments d'un chien de quatre mois des crachats tuberculeux; au bout de quatre jours l'animal devient triste et meurt le cinquième

jour. En l'ouvrant on constate une infiltration pneumonique du lobe inférieur gauche, et une gastro-entérite intense sans tubercules.

2° Deux chiens nourris pendant deux mois de crachats tuberculeux n'ont présenté aucune lésion intestinale, pas même de l'hyperémie.

3° Autre résultat négatif au bout de deux mois et demi chez trois poules soumises à la même alimentation.

4° Un cochon de neuf mois reçoit trois ou quatre fois par semaine une grande quantité de crachats virulents ; il engraisse d'une façon remarquable, et quand on l'ouvre, au bout de trois mois on constate que les poumons sont sains, et qu'il n'existe dans l'intestin ni tubercule ni trace d'inflammation.

VI. — Les expériences de l'auteur ont porté sur 23 lapins et 3 chiens. Il prenait quelques gouttes de crachats tuberculeux qu'il délayait dans l'eau et injectait le mélange à l'aide d'une seringue, dans la trachée préalablement incisée de ces animaux. Les plaies des parties molles et de la trachée se cicatrisaient rapidement.

Or, les crachats tuberculeux ont constamment déterminé chez les animaux inoculés la tuberculose, tandis que les autres crachats ne l'ont jamais produite. Dans un cas où les crachats attribués à un phtisique n'avaient pas fourni de résultat, on découvrit qu'en réalité ils ne contenaient pas de bacilles et que le sujet n'était atteint que de bronchite chronique avec bronchectasie.

Les animaux étaient ouverts au bout de trois à dix semaines. On trouvait toujours les lésions limitées aux poumons ; chez quelques-uns il y avait des tubercules au niveau de la plaie trachéale, mais jamais on n'en découvrit dans les autres organes. D'abord c'étaient des infiltrations compactes, demi-transparentes, contenant des nodules opaques jaunâtres ; puis les tissus perdaient leur fermeté et leur transparence, se ramollissaient, devenaient uniformément jaunâtres, souvent caséeux. Chez un lapin qui avait vécu 68 jours on constata des cavernules grosses comme des pois, à contenu caséeux. Toutes les régions du poumon participèrent aux altérations dans la même mesure. L'incubation dura trois semaines environ.

Les bacilles n'existaient qu'en petit nombre dans les tubercules caséeux, tandis que partout où les tubercules étaient encore grisâtres gélatineux, on en trouvait une grande quantité non seulement dans les nodules mêmes, mais aussi dans les tissus avoisinants.

Dans la plaie d'inoculation l'auteur a vu plusieurs fois des abcès contenant des bacilles, et deux fois au lieu d'abcès, il y avait des foyers de tubercules miliaires.

Certaines substances désinfectantes, l'acide phénique, l'acide borique, la créosote, l'iodoforme entravent le développement des tubercules; c'est l'iodoforme qui paraît jouir de la plus grande efficacité. Un chien chez qui le liquide tuberculeux inoculé avait été additionné d'iodoforme et qui fut sacrifié au bout de 60 jours ne présentait que des noyaux de péribronchite de nature fort douteuse où le microscope ne révélait pas de bacilles. D'autre part quatre lapins et un chien, inoculés avec les crachats furent soumis pendant six semaines à des inhalations quotidiennes d'iodoforme durant quinze minutes et le succès de cette médication ne fut pas appréciable.

VII. — La chambre antérieure de l'œil des lapins est, comme on sait, un terrain favorable à l'inoculation de la tuberculose et l'auteur a montré

qu'on pouvait s'en servir pour déterminer la nature du pus qui provient des voies urinaires, dans les cas où le diagnostic est douteux. Spina met en doute la valeur de ces expériences auxquelles il reproche l'insuffisance du contrôle.

Damsch a pu faire cependant dans la chambre antérieure des lapins des injections de substances variées (solutions d'acide urique, pus blennorrhagique, pus de furoncle, exsudat péritonéal) sans jamais déterminer la tuberculose de l'iris.

Au contraire, il a répété avec succès les expériences de son premier travail en prenant le pus de deux malades atteints de cystite tuberculeuse avec phtisie pulmonaire ; l'inoculation aux lapins dans la chambre antérieure a produit en trois semaines la tuberculose de l'iris.

Le pus emprunté à un troisième malade n'a fourni aucun résultat. Porté à plusieurs reprises dans la chambre antérieure des lapins il était résorbé en quelques jours ; le malade guérit au bout de quelques semaines, il n'était pas tuberculeux.

Même résultat négatif pour un quatrième sujet soupçonné de tuberculose, mais qui sortit trop tôt de l'hôpital pour qu'on ait pu le déclarer indemne. GALLIARD.

L'auteur maintient donc ses assertions et proclame l'utilité clinique de son procédé dans le diagnostic des lésions tuberculeuses génito-urinaires.

VIII. — Ce mémoire est consacré à l'exposé des expériences d'inoculation tuberculeuse de l'œil pratiquées par l'auteur sur des lapins. Ces expériences se divisent en deux séries : la première, dans laquelle on a employé comme matière d'inoculation le tubercule du bœuf ; la seconde dans laquelle on s'est servi du tubercule de l'homme. On a varié le procédé opératoire, en faisant l'inoculation, tantôt à la fois dans la cornée et dans la chambre antérieure, tantôt dans la cornée seulement, tantôt dans le corps vitré. On a pratiqué aussi des injections de matière tuberculeuse dans le corps vitré, mais ces dernières, comme il était facile de le prévoir, n'ont donné lieu qu'à une panopthalmite inflammatoire. Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur :

1re *série d'expériences :* 1° Quand on inocule le tubercule du bœuf à la fois, dans la cornée et dans la chambre antérieure, ce n'est pas l'iris qui devient malad le premier, comme le pense Cohnheim ; au contraire, les lésions iriennes n'apparaissent qu'après le développement du tubercule dans la sclérotique, la cornée, les procès ciliaires, la choroïde et la rétine ; la période d'incubation qui pour ces derniers organes ne dépasse pas 8 ou 10 jours, atteint 19 jours pour l'iris ; 2° la généralisation de la tuberculose oculaire aux autres parties du corps peut se produire dès le 43e jour ; 3° après inoculation à la cornée ou dans la chambre antérieure, la tuberculose atteint rarement l'hémisphère postérieur de l'œil, et cela seulement à la période de généralisation (le même fait s'observe chez l'homme dans la plupart des cas de tuberculisation de l'iris) ; en revanche quand l'inoculation a été pratiquée dans le corps vitré, la tuberculose développée en arrière de l'équateur de l'œil se propage bientôt aux parties antérieures ; les nodules tuberculeux et les cellules géantes développés dans la cornée sont environnés d'une zone de prolifération conjonctive ; les cellules géantes dérivent des cellules du tissu con-

jonctif et sont entourées de cellules épithélioïdes; le tubercule cornéen ne tarde pas à subir la tranformation caséeuse.

2e *série d'expériences* : 1° Le tubercule de l'homme inoculé dans l'œil se généralise au bout de 74 jours environ; 2° la propagation du tubercule humain depuis le point inoculé jusqu'aux autres régions de l'œil, suit les mêmes règles que pour le tubercule du bœuf; 3° les cellules géantes se forment aux dépens des cellules du tissu conjonctif, pendant que les faisceaux fondamentaux du tissu cornéen subissent des altérations relativement légères; autour de ces éléments de grande dimension s'observe un œdème lymphatique avec élargissement des espaces. Les nodules tuberculeux une fois développés s'entourent d'une zone de prolifération conjonctive.

Les résultats de ces deux séries d'expériences sont de tous points analogues, et tendent à démontrer l'identité de la tuberculose du bœuf et de celle de l'homme, avec peut-être un degré de plus d'infectiosité pour la première, dont la généralisation paraît être beaucoup plus rapide.

BARTH.

IX.—Tappeiner se plaint d'avoir trouvé dans le chapitre de Spina sur les inhalations de matières tuberculeuses une description inexacte de ses expériences de 1877. Ses premiers essais ont été faits à Munich ; il prenait des crachats provenant de cavernes, les délayait dans l'eau, et les plaçait dans un pulvérisateur à vapeur en présence duquel se trouvaient les animaux. Il a continué les mêmes recherches à Méran et à Berlin : les chiens, au nombre de 18, soumis aux inhalations ont tous, à l'exception d'un seul, présenté des tubercules pleuraux et pulmonaires; et sur les 17 infectés 4 avaient en outre des tubercules des reins, du foie et de la rate.

D'autre part, dans huit expériences de contrôle les résultats ont été négatifs.

Cela prouve bien la vertu spécifique des crachats de la tuberculose.

L. GALLIARD.

X. — Baumgarten a recherché les bacilles de la tuberculose dans les faux tubercules, c'est-à-dire dans les nodules inflammatoires provoqués par la présence de corps étrangers ; toujours ils ont fait défaut. Il répond ainsi à une objection qui a été faite aux recherches de Koch et aux siennes. Il recherche ensuite les voies par lesquelles peut se faire l'infection tuberculeuse.

On admet généralement que la contagion se fait par inhalation du virus tuberculeux, d'où la plus grande fréquence des tubercules dans les poumons. Les recherches de Tappeiner ne sont pas démonstratives, il n'est pas prouvé qu'il s'agisse de vrais tubercules, peut-être les nodules pulmonaires étaient-ils simplement inflammatoires, et on pourra le soutenir tant qu'on n'y aura pas constaté la présence de bacilles tuberculeux. La grande fréquence et l'intensité des lésions pulmonaires chez les tuberculeux ne saurait non plus être invoquée comme une preuve de l'infection par le poumon, car chaque maladie affecte de préférence tel ou tel organe et cette préférence de la tuberculose pour le poumon est si marquée, qu'il présente toujours des lésions étendues quand la matière tuberculeuse a été inoculée par une voie quelconque.

La contagion par les matières alimentaires ne contenant pas de nodules tuberculeux est douteuse. Or l'homme se nourrit de muscles exempts de

nodules tuberculeux, la voie digestive doit donc être une voie de contagion bien exceptionnelle.

Quant à la tuberculose héréditaire, elle est incontestable, mais elle est interprétée différemment. On tend à admettre qu'on hérite non de la tuberculose mais d'une prédisposition qui facilite son développement; mais il est plus rationel d'admettre que le virus tuberculeux peut être transmis comme le virus syphilitique. Les bacilles tuberculeux pourraient se déposer pendant la vie intra-utérine dans les glandes lymphatiques, les os, etc., comparables à des larves qui à un moment donné, sous l'influence d'un traumatisme, d'une inflammation, pourraient prendre un développement plus considérable et devenir le point de départ d'une tuberculose. L'organisme de l'enfant présenterait une résistance plus grande à l'invasion de la tuberculose, et les formes les plus graves de la phtisie s'observeraient à la fin de la période de croissance.

Quoique différant sur beaucoup de points des auteurs qui se sont occupés de la phtisie parasitaire, l'auteur pense que la nature parasitaire de la maladie ne peut être aujourd'hui niée par aucun pathologiste.

M. DEBOVE.

XI. — Les poules domestiques sont souvent atteintes de tuberculose, et Koch a trouvé dans leurs granulations des bacilles en grand nombre. Comment se répandent-ils dans les divers organes ? C'est ce que l'auteur a recherché.

Les résultats de l'autopsie sont invariables chez ces animaux. On trouve dans l'intestin des nodosités variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noix, soulevant la séreuse, faisant saillir la muqueuse, qui offre parfois de petites cicatrices à leur niveau, et contenant de la matière caséeuse. Mêmes productions dans le foie et la rate. Les tubercules des poumons et des reins sont moins fréquents.

Dans tous ces tubercules, les bacilles existent en quantités considérables, se colorant aussi bien dans les tissus durcis qu'à l'état frais.

Voici d'abord leur disposition dans le *foie et la rate*. Les plus petits nodules, ceux qui échappent à l'œil nu, contiennent des bacilles dans leur partie centrale, tandis que la périphérie en est dépourvue. Quand le nodule grossit, les bacilles abandonnent le centre et s'accumulent dans une zone qu'entoure encore une autre zone purement cellulaire. Dès que la production a dépassé le volume d'une tête d'épingle, il se produit au centre une dégénérescence caséeuse, et l'on peut alors distinguer quatre zones. Une caséeuse centrale, une zone cellulaire sans bacilles, une qui contient des cellules et des bacilles en grand nombre, et enfin la zone périphérique d'éléments inflammatoires. Les bacilles semblent donc gagner progressivement la périphérie en déterminant des phénomènes phlegmasiques. Leur accumulation est telle que sur des coupes on peut distinguer par transparence, à l'œil nu, les cercles colorés qu'ils constituent. Ces cercles, tantôt arrondis, tantôt ovales, peuvent, dans certains cas, confondre leurs bords et représenter un huit.

Le *poumon* fournit en général des images différentes. Les tubercules forment des nodules moins réguliers où les bacilles sont répartis sans ordre spécial. Les tubercules des veines méritent, comme Weigert l'a montré, une attention particulière. Dans les foyers tuberculeux, les parois des veines s'épaississent et les noyaux s'y multiplient. Autour de ces vais-

seaux s'accumulent en masses serrées les bacilles, dont quelques-uns pénètrent la paroi veineuse en y formant des colonies plus ou moins nombreuses. Le vaisseau est toujours envahi sur plusieurs points à la fois, soit par de fines rangées qui traversent toutes ses couches, soit par des cônes dont la pointe se dirige vers la lumière du vaisseau. Quand ils ont abordé la face interne, ils y proéminent et déterminent une saillie qui ne paraît cependant jamais être le point de départ d'une thrombose.

Mêmes constatations pour les artères.

On voit qu'il ne s'agit pas là d'une véritable production tuberculeuse du vaisseau, mais plutôt de la tuméfaction et de l'infiltration de ses parois. L'auteur conçoit cependant le passage des bacilles de la paroi dans le sang, et ses conclusions au point de vue de ce mode d'infection tuberculeuse (au moins chez les poules) se rapprochent de celles de Weigert.

L. GALLIARD.

XII. — Chez les gens prédisposés à la tuberculose, les bacilles peuvent infecter l'économie suivant 4 modes différents :

1° Par simple transport mécanique, dû aux efforts de toux, à la déglutition de crachats ;

2° Par envahissement de proche en proche, dû à un foyer préexistant ;

3° Par les lymphatiques ;

4° Par les vaisseaux sanguins.

Suivant la prédominance de l'une ou de l'autre de ces voies de propagation et la combinaison de plusieurs d'entre elles, la maladie présente des phénomènes variés.

Quand l'infection résulte de crachats, on a des ulcères du larynx, de la trachée; quand elle provient de la déglutition, on a des ulcérations intestinales qui s'observent sur 90 pour cent des cadavres de tuberculeux. Les séreuses et à leur tête le péritoine et ses replis jouent un rôle important dans la dissémination purement mécanique du virus tuberculeux.

Lorsqu'il s'agit d'un foyer tuberculeux qui s'étend aux tissus voisins, on note des tubercules solitaires dans la rate, les reins, le cerveau, la prostate, ainsi que des inflammations caséeuses du poumon, des ganglions et de l'utérus.

La propagation par le système lymphatique diffère chez l'enfant et chez l'adulte. Chez ce dernier, les altérations occupent surtout les vaisseaux, tandis que chez l'enfant ce sont les ganglions qui sont le plus altérés.

La propagation des bacilles dans les vaisseaux sanguins s'opère assez lentement pour donner le temps à des proliférations inflammatoires d'oblitérer les petits vaisseaux, qui constituent dès lors une digue à la pénétration du virus dans la circulation.

F. B.

XIII. — L'auteur considère la découverte de Koch comme devant modifier certaines interprétations anciennes, et il en a tenu compte dans ses nouvelles recherches. Il a précédemment (*Archives de Virchow*, 1879 et 1882) cherché à établir que la phtisie vulgaire n'est pas une infection tuberculeuse générale avec empoisonnement du sang, mais une affection locale qui peut devenir une source de propagation dans l'organisme, et le point de départ de la tuberculose miliaire généralisée.

Or, cette infection générale consécutive peut revêtir trois formes :

1° Tubercules miliaires très nombreux répandus dans tous les organes;

2° Forme intermédiaire : tubercules miliaires isolés dans un ou plusieurs organes;

3° Tuberculose chronique générale avec productions de volume variable et à divers degrés de développement (cette forme se trouve surtout chez les jeunes enfants).

L'origine de l'infection paraissait résider d'après Ponfick dans le canal thoracique. L'auteur la place au contraire dans les veines. La phlébite tuberculeuse a été démontrée par lui dans dix cas déjà publiés. (*R. S. M. T.* XXI, p. 56) (veines pulmonaires 8 fois, veine thyroïdienne une fois, veine suprarénale une fois) à côté desquels il y avait trois fois seulement tuberculose du canal thoracique. L'auteur y ajoute cinq cas de tubercules des veines pulmonaires et un de tubercules du canal thoracique.

C'est dans ces nouvelles observations qu'il a vu les foyers veineux contenir invariablement les bacilles de Koch. Il a examiné à nouveau d'anciennes préparations de phlébite suprarénale, et là les bacilles existaient en masses considérables dans les cellules des parties ulcérées ; on les trouve en moins grand nombre dans les préparations de la dernière série, où ils affectent une véritable prédilection pour les cellules géantes dont ils entourent les noyaux.

Les bacilles ont été trouvés également dans les deux cas de tuberculose du canal thoracique dont l'auteur a pu revoir les préparations. Ce fait ajoute une preuve nouvelle aux assertions de Ponfick sur la nature des produits découverts par lui, et enlève toute valeur aux dénégations de Stilling, qui refusait de voir là des granulations tuberculeuses.

Ces diverses constatations permettent à l'auteur de réfuter l'opinion de Ziehl, qui déclare n'avoir trouvé qu'exceptionnellement des bacilles dans les granulations de la tuberculose miliaire aiguë. Les bons procédés histologiques y démontrent au contraire la présence constante de ces éléments.

Voici les indications de la technique de l'auteur. Il a abandonné l'aniline et emploie une solution aqueuse filtrée à 2 pour 100 de violet de gentiane à laquelle il ajoute 1/2 pour 100 d'ammoniaque caustique. Ce mélange doit être autant que possible utilisé à l'état frais. Cependant on peut le conserver pendant des semaines en y ajoutant 10 pour 100 d'alcool. On peut se servir aussi de la solution commune de violet de gentiane sans y rien ajouter, à condition de la faire chauffer, mais c'est un procédé infidèle.

Il est fort important d'employer des procédés qui non seulement colorent les bacilles, mais qui, en outre, les fassent ressortir au milieu des autres éléments et surtout des noyaux. Aussi faut-il repousser la méthode de Baumgarten qui fournit des bacilles clairs sur un fond coloré; cette méthode, en effet, prive l'appareil éclaireur d'Abbé d'une partie de ses avantages, et en outre elle est en opposition avec un des grands principes de la technique histologique : faire apparaître les éléments rares et petits en foncé sur un champ clair.

XIV. — Baumgarten considère comme un des avantages de son procédé, de permettre la constatation des bacilles, même isolés, sans immersion et sans appareil d'Abbé, et cette constatation à l'état naturel. Les bacilles ne peuvent être cachés par les noyaux, puisque le procédé rend tous les noyaux invisibles.

Quant à la violation des grandes lois de la technique histologique, il faut reconnaître que le procédé de Baumgarten ne diffère pas du vieux procédé de la potasse appliqué à la recherche des bactéries. Si dans les préparations de crachats où les bacilles sont rendus visibles par l'addition de potasse, on introduit des solutions colorantes, c'est surtout pour différencier les bacilles tuberculeux de ceux de la putréfaction qui doivent se colorer fortement tandis que les autres demeurent incolores. La coloration du fond ne joue au point de vue du diagnostic aucun rôle : quand on a des préparations très minces on peut se servir de solutions colorantes, très faibles et réduire ainsi à fort peu de chose cet élément secondaire.

XV. — Les matières septiques qui pénètrent dans les cavités des séreuses ont une tendance manifeste à envahir la totalité de leur surface ; leur diffusion favorisée par les mouvements des viscères (poumon, cœur, intestin), trouve un obstacle dans les adhérences, les fausses membranes.

Comment donnent-elles accès au poison tuberculeux ? Presque toujours celui-ci provient des viscères qu'elles recouvrent, et très exceptionnellement du courant sanguin. Même dans la tuberculose miliaire aiguë généralisée, où tant d'organes sont envahis, grâce à l'infection du sang, les séreuses sont souvent indemnes ; il faut que le poison soit accumulé en grande quantité dans le sang, ou bien il faut des circonstances spéciales, des traumatismes par exemple, pour que la matière tuberculeuse se fixe sur ces membranes. Le point de départ de l'infiltration doit donc résider en dehors du système circulatoire.

Voici les particularités qu'offrent les diverses séreuses.

*Plèvre.* — Dans les phtisies avancées, la plèvre peut quelquefois rester indemne de tuberculose, à condition qu'il s'y développe un autre processus septique ; en général il y a pleurésie tuberculeuse. Mais il y a un grand nombre de cas dans lesquels la tuberculose semble débuter par la plèvre avant d'envahir le poumon, ces pleurésies tuberculeuses initiales guérissant parfois sans que le parenchyme soit atteint ; quelle est leur cause ? L'auteur croit que même dans ces formes, le poison a bien son origine dans le poumon. Les foyers tuberculeux sont si petits, qu'ils ont échappé aux observateurs pendant la vie et même à l'autopsie. Mais un examen minutieux les décèle.

Quand il n'existe pas de foyer pulmonaire, on peut trouver dans les ganglions bronchiques ou médiastins, des tubercules qui se sont propagés à la plèvre, cela surtout chez les enfants.

Chez les adultes, les tubercules de la plèvre proviennent souvent aussi du péricarde ou du péritoine en suivant le courant lymphatique. Rarement c'est d'autres organes avoisinants : vertèbres des côtes par exemple.

*Péricarde.* — Les tubercules du péricarde sont généralement consécutifs à ceux de la plèvre, rarement ils résultent de ceux du cœur. Mais ils peuvent aussi être primitifs et comme on ne trouve pas leur origine dans les autres séreuses, on admet que le poison provient du sang. L'auteur croit que dans les cas de tuberculose péricardique prétendue idiopathique, la source de l'infection réside dans les ganglions lymphatiques, non pas tant dans ceux des bronches, que dans ceux qui siègent

en avant du feuillet antérieur du péricarde. Ces ganglions très petits passent généralement inaperçus ; même caséifiés, ils atteignent tout au plus le volume d'un pois.

*Péritoine.*—Malgré la fréquence des tubercules de l'intestin, on trouve moins souvent la péritonite tuberculeuse généralisée que la pleurésie de même nature. La chose est d'autant plus étrange que la matière des nodules qui siègent sous la séreuse au niveau des ulcérations intestinales, a une tendance manifeste à se répandre dans les vaisseaux lymphatiques. Si elle ne détermine pas l'infection de la totalité du péritoine, c'est qu'au lieu d'être libre dans la séreuse elle est encore contenue dans les tissus sous-séreux. Il faut donc une communication librement établie entre les parties malades et la cavité abdominale comme celle qui résulte d'une perforation lente. Dans ces circonstances il se forme des fausses membranes, jeunes, qui offrent un terrain très favorable au développement des bacilles ; c'est de là que la matière tuberculeuse se propage à toute la surface du péritoine.

En second lieu nous trouvons une autre source d'infection, c'est l'appareil génital de la femme. Les trompes sont en communication directe avec le péritoine, mais le danger dépend de deux conditions : d'abord il faut que leur extrémité abdominale soit envahie par les tubercules, ensuite il est nécessaire que l'orifice n'en soit pas oblitéré par de vieilles fausses membranes.

Un troisième mode de contagion est celui qui provient de la plèvre à travers le diaphragne.

A la suite se placent les gros tubercules du foie et de la rate.

Enfin, il y a des péritonites tuberculeuses dont la cause reste inconnue. Citons par exemple, celle qui coïncide avec la cirrhose du foie.

L. GALLIARD.

I. — **Ein Beitrag zur Frage von der Contagiosität der Tuberculose, par LINDMANN** (*Deuts. med. Woch.*, *n°* 30, 1883).

II. — **Faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tubercolose, par LANDOUZY et H. MARTIN** (*Rev. de méd.*, *décembre* 1883).

III. — **Contribution expérimentale à l'étude des rapports qui paraissent exister entre la tuberculose et la scrofulose, par H. MARTIN** (*Ibid.*, *avril* 1882).

IV. — **Le inflammazioni granulose nei loro rapporti colla tubercolosi, par BONOME** (*Italia medica*, *n°s* 27 *et* 28, 1883).

V. — **Die Tuberkulose in ihrer anatomischen Ausbreitung, par Hjalmar HEIBERG** (*Leipsig*, 1882).

VI. — **Ueber die Häufigkeit der Tuberkulose und ihrer hauptsächlichsten Localisationen im Kindesalter (Fréquence de la tuberculose et ses localisations dans l'enfance), par DEMME** (*Berlin klin. Woch.*, 14 *janvier* 1884).

VII. — **Leçons sur la tuberculose parasitaire, par DEBOVE** (*Progrès Médical*, 25 *août* 1883).

Il est certain que la découverte de Koch a eu pour effet de modifier sensiblement la moyenne de l'opinion des médecins sur l'étiologie de la

tuberculose. On admet assez généralement aujourd'hui que la phtisie est transmissible, tout en reconnaissant que cette transmission s'opère avec une certaine difficulté.

Par contre, la doctrine de l'hérédité de la tuberculose qui règne sans conteste depuis le commencement du siècle est fortement ébranlée. MM. Landouzy et H. Martin ont cherché à démontrer que sous le masque de l'hérédité se cachait une véritable transmission de substance virulente.

Les rapports de la tuberculose avec les lésions dites scrofuleuses, ont été étudiés avec soin dans quelques-uns des travaux analysés ci-après.

C. ZUBER.

I. — En pratiquant la succion de la plaie après la circoncision, les opérateurs du rite hébraïque ont communiqué la syphilis aux nouveau-nés. La tuberculose pourrait avoir, d'après l'auteur, la même origine. Un opérateur signalé par l'auteur avait des lésions pulmonaires anciennes et des lésions intestinales, mais pas d'ulcérations de la bouche. Il n'était pas syphilitique. Voici l'histoire de ses deux victimes dont la première a succombé.

1° Un nouveau-né robuste subit la circoncision en novembre 1837 et, tandis que la plus grande partie de la plaie guérit par première intention, on voit se former au frein une ulcération qui envahit peu à peu la surface du gland. Cette ulcération a un bord irrégulier, un fond caséeux avec des granulations; l'aspect est analogue à celui des ulcérations tuberculeuses de la langue. Les ganglions inguinaux s'hypertrophient.

La guérison de la plaie s'effectue d'une façon très lente ; les ganglions de l'aine continuent à se développer et après incision, il en sort des masses caséeuses, sans suppuration. Après la guérison des adénites, l'enfant paraît bien portant, mais à l'âge de trois ans, il est atteint de mal de Pott avec myélite par compression : plus tard phtisie rapide et mort.

Les antécédents de cet enfant n'étaient pas absolument favorables : le père était bien portant, mais la mère mourut phtisique après la naissance d'un second enfant qui vécut. Pas de syphilis ni chez l'un ni chez l'autre.

2° Le second sujet a été circoncis par le même opérateur, un jour après le premier. Même ulcération au frein durant plusieurs mois. Gonflement des ganglions inguinaux. A l'âge d'un an, tuméfaction du poignet et, au niveau de l'apophyse styloïde du radius, abcès à contenu caséeux, d'origine osseuse. Cette maladie guérit sous l'influence de l'iode, du fer et des bains salés. Depuis ce moment, l'enfant est bien portant, on n'a trouvé chez ses parents ni phtisie ni scrofule.

L. GALLIARD.

II. — L'opinion généralement admise en ce qui concerne l'hérédité de la tuberculose est que les générateurs transmettent aux engendrés une sorte de débilité native qui rend par la suite ces derniers facilement tuberculisables. Landouzy et Martin ont fait des expériences pour démontrer que le fœtus né de parents tuberculeux est déjà tuberculeux ; qu'il porte en lui non seulement une prédisposition mal définie, mais bien le germe même de cette affection. De même un enfant né de parents syphilitiques est lui-même syphilitique ; de même aussi, un animal atteint du charbon engendre un fœtus dont le sang possède des propriétés infectieuses.

Dans une première série d'expériences, un fragment de poumon sain en apparence de fœtus de phtisique, inoculé dans le péritoine d'un cobaye, donne en quatre mois une tuberculose généralisée. Un fragment

de ganglion bronchique du premier cobaye inoculé à un deuxième cobaye, le fait mourir en deux mois d'une tuberculose généralisée. Un fragment de poumon du deuxième inoculé à un troisième cobaye, le fait mourir en trois semaines de tuberculose généralisée. L'inoculation faite à un quatrième cobaye, le fait mourir en cinq semaines de tuberculose généralisée.

Dans une seconde série d'expériences faites avec le placenta, les poumons et le sang du fœtus d'une phtisique, un fragment de poumon tuberculeux maternel inoculé à un cobaye, donne en 40 jours, une tuberculose généralisée. Un ganglion bronchique de ce cobaye donne en 72 jours, une tuberculose généralisée. Un fragment de placenta sain, inoculé à un cobaye, donne, en 40 jours, une tuberculose de même aspect et aussi généralisée que celle obtenue par inoculation du poumon tuberculeux maternel. Un ganglion bronchique de ce cobaye donne, en 61 jours, une tuberculose généralisée. Du sang cardiaque du fœtus sain inoculé à un cobaye, donne en deux mois une tuberculose généralisée. L'inoculation d'un cube de tissu pulmonaire sain, à un cobaye, d'un cube de foie fœtal sain à un cobaye, d'un centimètre cube de pulpe cérébrale fœtale saine à un cobaye, n'a pas encore, après quatre mois d'inoculation, entraîné la mort des cobayes.

Dans les deux séries d'expériences précédentes, les fragments des viscères inoculés provenaient de fœtus issus de mères tuberculeuses. Les auteurs se sont demandés ensuite si la tuberculose paternelle ne suffirait pas pour donner naissance à un fœtus tuberculeux sans infection maternelle. Après avoir rapporté l'observation d'un père tuberculeux marié à une femme bien portante qui engendra cinq enfants dont deux moururent de méningite tuberculeuse et un troisième d'étisie avec otite suppurée et hémiplégie faciale ; ils citent les résultats obtenus à la suite de l'inoculation de sperme provenant d'un cobaye tuberculeux. Au bout de trois mois, le cobaye inoculé succombait, présentant des lésions de tuberculose généralisée. Un petit fragment de ganglion prélombaire inoculé à un deuxième cobaye donne naissance à une tuberculose généralisée qui tue l'animal en neuf jours.

Autre série : du sperme de cobaye, mort tuberculeux, inoculé à un animal de même espèce produit une tuberculose généralisée qui tue l'animal au bout de seize jours. Un ganglion mésentérique provenant de celui-ci est introduit dans le péritoine d'un deuxième cobaye. Résultat encore inconnu.

III. — Après avoir rappelé ses travaux antérieurs sur les caractères différentiels du tubercule vrai et du pseudo-tubercule, l'un susceptible de se reproduire expérimentalement, l'autre incapable de produire la tuberculose généralisée dans les inoculations par séries, Martin rapporte le résultat d'inoculations faites avec des fragments de ganglions scrofuleux. Dans tous les cas, il serait parvenu à donner la tuberculose vraie aux cobayes inoculés et à la transmettre à volonté par inoculation à diverses séries de ces animaux. C. GIRAUDEAU.

IV. — L'auteur a examiné du tissu de granulations de provenances diverses : fongosités articulaires, fongosités de carie, des glandes lymphatiques du col utérin. Dans les deux tiers des cas les inflammations granuleuses présentent des microorganismes semblables aux bacilles

de Koch. Dans d'autres cas il n'y avait pas de bacilles, et les malades se trouvaient dans des conditions meilleures.

La présence des bacilles est un argument important en faveur de l'existence d'une tuberculose locale.

Leur nombre est en rapport avec la gravité des lésions : ils sont en général peu nombreux ainsi que l'ont constaté déjà Krause et Schuchardt, notamment dans le lupus.

Ce petit nombre d'éléments infectieux ne dépend pas de la facilité d'accès de l'air extérieur ; souvent, en effet, les foyers communiquent avec l'air (tumeurs blanches), et d'autre part, les bacilles sont quelquefois très peu nombreux dans les cavernes pulmonaires.

L'auteur n'a pas trouvé de bacilles dans les granulations du col utérin et de la conjonctive, mais seulement des coccus animés de mouvements rapides. Il a trouvé des bacilles dans le sang de deux enfants affectés l'un de carreau, l'autre de tumeur blanche du pied.

Les liquides qui contiennent les bacilles de Koch, inoculés dans les tissus péri-articulaires ou dans les os, peuvent reproduire sur plaie des processus fongueux identiques à ceux qui se développent spontanément chez l'homme. Ces processus peuvent arriver à tuer l'animal sans amener la tuberculose des voies respiratoires ; on y retrouve le bacille spécifique.

F. BALZER.

V. — L'auteur se déclare partisan de l'unité de la phtisie et adhère à la doctrine de Laennec. Il dit avoir trouvé constamment dans les cas de phtisie qu'il a étudiés, de vrais tubercules; non pas toujours, à la vérité, sous la forme de granulations miliaires types, mais comme une néo-formation ou infiltration inter-alvéolaire, tandis que l'infiltration pneumonique intra-alvéolaire est vraisemblablement un élément secondaire et une complication. Il arrive quelquefois que l'autopsie fait découvrir une tuberculose tout à fait à son début et caractérisée seulement par la présence d'un très petit nombre de granulations; la pneumonie catarrhale fait complètement défaut en pareil cas.

Les lésions décrites sous les noms de péribronchite ou péri-artérite sont de vrais tubercules sous une forme allongée et canaliculée; la même disposition s'observe autour de canaux glandulaires, dans le foie, le rein ou le testicule, par exemple.

Les cellules géantes ne sont pas spéciales au tubercule ; elles peuvent manquer dans de vrais tubercules et elles se rencontrent dans d'autres produits pathologiques, les gommes, par exemple.

De même que les gommes et les productions lépreuses, le tubercule est en quelque sorte à la limite qui sépare les tumeurs des inflammations chroniques (dans le groupe des tumeurs lymphatiques de Virchow, ou tumeurs d'infection de Klebs). Toutefois, par sa diffusion, la maladie présente de grandes analogies avec certaines tumeurs comme le carcinome et surtout le sarcome.

De même que pour les autres tumeurs, le début est, au point de vue anatomique du moins, toujours local; on doit cependant admettre pour la tuberculose, l'existence assez fréquente de plusieurs foyers primitifs simultanés, dans des cas où l'on ne peut réellement, sans faire violence aux faits, rapporter les dépôts multiples à une infection progressive. Cette multiplicité des dépôts primitifs est l'exception et ne peut être sup-

posée que là seulement où l'infection secondaire, suivant les voies naturelles, est inadmissible. Peut-être la tuberculose héréditaire prédispose-t-elle plutôt à cette explosion multiple, tandis que la tuberculose d'infection procéderait plus constamment d'un foyer unique.

Toute tuberculose, à son début, est une tuberculose locale, et il n'y a pas lieu d'établir deux formes distinctes de la maladie. Tout au plus est-il permis de supposer que la tuberculose de certains organes se généralise plus facilement que celle d'autres parties; une semblable différence est en rapport avec certaines dispositions anatomiques qui favorisent plus ou moins la diffusion du virus, et non pas avec une variation dans la qualité du virus même.

Dans les divers organes, la tuberculose peut évoluer comme une affection locale ou dépassant le foyer primitif, s'étendre à d'autres parties et infecter tout le corps.

Après ces préliminaires, l'auteur étudie successivement les divers foyers d'origine de la tuberculose et indique les modes d'évolution de la maladie dans les divers organes.

La tuberculose reste souvent confinée au poumon et entraîne la mort sans infection secondaire, par la destruction même de l'organe : c'est alors une tuberculose locale au même titre que celle de la peau ou des articulations. L'association des lésions secondaires donne aux poumons un aspect variable, mais on peut toujours y reconnaître les tubercules. Jamais l'auteur n'a rencontré un cas de phtisie ayant évolué comme une pneumonie catarrhale pure.

L'auteur étudie tour à tour la tuberculose de l'intestin, des os et des synoviales de l'appareil génito-urinaire, des ganglions lymphatiques, de la peau et des membranes séreuses.

Il croit avoir bien observé le début de la synovite tuberculeuse par la synoviale même (Volkmann admet au contraire que le point de départ de la maladie est toujours dans les extrémités osseuses). Il cite des faits intéressants d'infection de voisinage dans la coxalgie et montre la tuberculose envahissant la portion du péritoine pelvien voisine de la cavité cotyloïde, ou les organes du bassin, sans lésion pulmonaire concomitante.

A propos de la tuberculose génito-urinaire, l'auteur signale la progression fréquente du mal du testicule vers le rein et cite les cas où elle se limite d'un seul côté, comme un exemple frappant d'infection de proche en proche. Il admet que fréquemment la tuberculose génito-urinaire est primitive et que la tuberculose rénale ne doit pas être regardée comme étant constamment une maladie d'élimination.

La tuberculose ganglionnaire paraît être souvent primitive, si l'on s'en rapporte à l'étude des lésions anatomiques; mais il y a lieu de se demander si les inflammations catarrhales des muqueuses oculaire, auriculaire, pharyngée, intestinale qui précèdent l'adénopathie ne sont pas réellement spécifiques.

A propos du lupus, Heiberg cite comme exemple d'auto-infection, le fait d'un malade affecté de lupus invétéré de la face, qui succomba à une affection que l'on considéra comme un typhus et qu'à l'autopsie on reconnut être une méningite tuberculeuse.

La tuberculose des séreuses est presque toujours secondaire, le foyer primitif se trouvant dans les organes voisins; la méningite ne fait pas ex-

ception : le nez, avec les cavités adjacentes, ou l'oreille, sont le point de départ de la maladie. Il reste néanmoins un assez grand nombre de cas dans lesquels la séreuse paraît être affectée primitivement. G. Z.

VI. — L'hérédité se retrouve dans 71,8 0/0 des cas de tuberculose viscérale, dans 69,6 0/0 de la tuberculose des articulations et des os et dans 65, 4 0/0 de celle des ganglions externes.

La rougeole et la coqueluche, chez les enfants prédisposés à la tuberculose, favorisent nettement le développement de celle-ci. J. B.

VII. — Dans une série de conférences faites à la Pitié, M. Debove s'est déclaré partisan convaincu de la théorie parasitaire de la tuberculose et a montré comment on pouvait envisager à ce point de vue l'étiologie complexe de la tuberculose. Il a passé rapidement en revue les preuves sur lesquelles s'appuie la doctrine parasitaire, inoculabilité de la tuberculose, présence et constance du parasite chez les tuberculeux, isolement du parasite, tuberculose produite par le parasite isolé, et insiste surtout sur les conséquences de cette doctrine.

Il montre les voies nombreuses par lesquelles peut s'insinuer le microbe, pulmonaire, digestive, génitale, et prouve, d'après des observations prises dans l'hôpital, la tuberculose gagnée en soignant des malades, par la cohabitation chez les gens mariés.

Il est difficile de prouver absolument la contagion dans tous les cas, mais on ne peut guère nier si l'on songe au nombre considérable de tuberculeux avérés ou méconnus à la fréquence beaucoup plus grande dans les villes où la population est dense que dans les campagnes, à la mortalité excessive dans les casernes, au développement de la phtisie chez les malades atteints d'affection chronique et séjournant longtemps à l'hôpital.

Les infirmiers militaires payent un tribut qui est le double de celui des soldats ordinaires. L'observation permet d'ailleurs d'établir qu'il ne suffit pas qu'un homme soit exposé à la contagion de la tuberculose pour qu'il devienne tuberculeux. On a exagéré l'importance de l'hérédité, la confondant avec la contagion qui peut résulter de la cohabitation familiale. Debove tend à nier l'hérédité directe et admet au contraire la transmission de la prédisposition, autrement dit du terrain favorable au développement de la maladie. Ce terrain peut être modifié par toutes les causes qui amènent ce qu'on a appelé la misère physiologique, inanition, lactation, diabète, d'une manière heureuse pour la culture du bacille.

Debove admet la phtisie secondaire à une affection purement inflammatoire de l'appareil pulmonaire, rhume négligé vulgaire, bronchite, etc. Selon lui, l'épithélium desquamé du malade permet l'inoculation des microbes. Il admet l'auto-inoculation en cas de bronchites réitérées. Toutes les maladies à déterminations bronchiques peuvent être suivies de tuberculose, rougeole, fièvre typhoïde, etc. L'hémoptysie est non une cause, mais un effet de la tuberculose, puisqu'on peut trouver dans le sang des bacilles. La pleurésie peut être un effet de la tuberculose quand elle a une marche lente, chronique d'emblée, être un effet quand elle est aiguë d'abord et que la phtisie se déclare consécutivement.

En résumé, nul ne devient tuberculeux s'il ne reçoit du dehors le germe infectieux. La contagion est rendue possible ou facilitée par des conditions inhérentes à l'individu ; héréditaires ou acquises, ces conditions n'y agis-

sent qu'en préparant le sol, ou facilitant l'entrée du germe. Debove résume l'histoire de l'anatomie pathologique de la tuberculose, les données récentes sur les bacilles et leur valeur au point de vue du diagnostic et conseille, comme traitement, le séjour pendant l'hiver dans le Midi, la créosote, l'huile de foie de morue et la viande crue, le lavage stomacal et l'alimentation artificielle.

H. L.

**I. — Recherches expérimentales ayant pour but de transformer le tubercule vrai ou infectieux en corps étranger inerte sous l'influence de réactifs divers, par J. PARROT et H. MARTIN** (*Revue de médec., oct.* 1883).

**II. — Beitrag zur Impf-Tuberculose (Insuccès des inoculations préventives de tuberculose), par F. FALK** (*Berl. klin. Wöch.*, 10 *déc.* 1883).

**III. — Ueber die Beziehungen der Alkalien der Nahrungsmittel... (Rôle des alcalis des aliments dans l'étiologie de la tuberculose), par A. BIDDER** (*Ibid.* 5 *et* 19 *nov.* 1883).

**IV. — Circulaire du département médical militaire prussien concernant la prophylaxie de la tuberculose** (*Arch. de méd. milit. n°* 17, 1883).

**V. — Ein Fall von geheilter Lungentuberkulose (Guérison de la tuberculose), par NAUWERCK** (*Deutsch. med. Woch. n°* 23, 1883).

Nous avons peu de travaux à signaler sur la prophylaxie et la thérapeutique de la tuberculose. Quelques auteurs ont essayé d'appliquer à cette étude la méthode générale dont Pasteur a tracé les grandes lignes, et à mettre l'organisme à l'abri, au moyen d'injections préventives de *virus atténué ;* d'autres ont fait agir directement sur le tubercule avant l'inoculation des désinfectants divers, dans le but de lui enlever toute puissance virulente. La plupart se contentent d'exposer les bons résultats qu'ils ont obtenus par la libre circulation à l'air libre des malades atteints, et cette notion de l'oxygénation des tuberculeux, soutenue avec tant de talent par le professeur Peter, tend à devenir une des conquêtes les plus fructueuses de la science. D'autre part, les praticiens cherchent à préciser l'influence de l'alimentation, ou même de la suralimentation.

Il en résulte que le traitement de la tuberculose devient essentiellement diététique. Au point de vue de la prophylaxie, nous attirons l'attention sur une circulaire fort importante du département médical de l'armée prussienne.

C. ZUBER.

I. — Les agents que les auteurs ont fait agir sur le tubercule vrai sont : l'acide salicylique, le sulfate de quinine, le sublimé, l'acide phénique, la créosote, l'eau bromée et l'eau oxygénée. Toutes ces substances ont été essayées à doses thérapeutiques et sans succès. Au contraire, les températures élevées (120°, 125°) ont toujours détruit les bacilles tuberculeux. Les auteurs proposent, comme moyen prophylactique de la tuberculose, de soumettre de temps à autre à ces températures élevées les instruments, objets de pansement, de literie, etc., servant habituellement aux tuberculeux.

C. GIRAUDEAU.

II. — Falk a recherché dans ses expériences si la tuberculose doit être rangée parmi les affections qui n'ont pas de tendance à récidiver.

Dans la cavité abdominale de cobayes, il introduisait des fragments de

poumons tuberculeux ayant subi un commencement de putréfaction, afin d'en atténuer la virulence.

Le résultat constant de ces expériences a été l'apparition d'une tuberculose localisée, d'un abcès caséeux des parois abdominales, les organes internes demeurant indemnes.

Les inoculations entreprises avec le contenu de ces abcès ont montré qu'il ne s'agissait là ni d'une inflammation simple ni d'une infection septique, mais bien d'une tuberculose.

Toute localisée qu'elle fût, cette tuberculose a cependant fait périr un certain nombre d'animaux : chez ceux qui ont survécu, l'abcès a subi la transformation crétacée.

Quand ils furent complètement rétablis de la première inoculation, Falk leur en fit une nouvelle avec des matières tuberculeuses fraîches.

Les résultats de cette dernière série d'expériences ont été uniformes. Loin de conférer l'immunité, l'inoculation préalable de virus tuberculeux atténué a paru créer un terrain plus favorable à l'évolution de la tuberculose. En effet, tous les animaux tuberculisés pour la seconde fois ont offert des lésions beaucoup plus graves et plus étendues, des symptômes généraux beaucoup plus accusés que ceux qui, sans avoir été l'objet d'une inoculation préventive, avaient été rendus tuberculeux immédiatement avec des produits frais.

Falk croit pouvoir conclure de ces expériences qu'il y a peu d'espoir de trouver la prophylaxie de la tuberculose dans l'inoculation d'un virus atténué.

III. — Parmi les troubles de la nutrition qui favorisent l'éclosion de la tuberculose, la pullulation des bacilles spécifiques, il faut ranger, selon l'auteur, les troubles résultant d'une alimentation végétale trop riche en sels de potassium et pauvre en sels de sodium.

Les arguments apportés à l'appui de cette thèse sont la fréquence de la tuberculose parmi les herbivores, contrastant avec sa rareté chez les carnivores, même captifs ; la passion instinctive des animaux herbivores pour le sel ; la prédilection des micro-organismes pour les liquides nourriciers riches en sels de potasse ; les propriétés antiputrides ou antiseptiques de certains sels de soude, chlorure, benzoate, hyposulfite.

Bidder a déduit de cette manière de voir tout un traitement diététique : les nourrices ne doivent pas manger de pommes de terre ; car, outre leurs faibles qualités nutritives, ces tubercules comptent parmi les végétaux les plus riches en sels potassiques et les plus pauvres en sels sodiques. Pour les mêmes raisons, les nourrices ne doivent faire qu'un usage restreint du vin et de la bière.

Dans l'allaitement artificiel pendant la première année, on proscrira les amylacés et les farines lactées pour recourir à un mélange de deux parties de lait de vache avec cinq d'eau et une de crème, additionné de sucre de lait et d'une petite quantité de sel.

Pendant la deuxième année, on employera principalement le lait et les œufs ; puis les bouillies et les soupes claires, au riz, à l'avoine, au pain blanc, au beurre, auxquelles on ajoutera toujours du sel. On ne permettra qu'exceptionnellement les pâtisseries et sucreries.

Enfin, chez les enfants plus âgés, on choisira la viande, le poisson, les graisses, le fromage mou et les légumes légers.

Aux personnes à hérédité scrofuleuse, il faut rigoureusement interdire les pommes de terre, le pain noir, les gâteaux et douceurs de toute espèce, le vieux fromage, les saucisses, les oignons et épices, la bière, le vin, le café et les glaces.

Chez les tuberculeux, Bidder se loue beaucoup de la médication suivante : au moment des repas, il leur fait prendre du chlorure de sodium (0,50 à 1 gramme suivant l'âge) ou du benzoate de soude (0,20 à 0,50) ou un mélange des deux sels.

Bidder pense aussi que l'une des causes du rachitisme est l'excès des sels de potasse dans l'alimentation, ce qui établirait une nouvelle relation entre la tuberculose et le rachitisme. J. B.

IV. — Aux termes de la circulaire, les mesures de prophylaxie doivent s'adresser aux hommes prédisposés, ou à ceux qui souffrent des premiers symptômes de l'affection.

Voici les points de vue qui doivent servir de guide en pareille matière :

Quoique la prédisposition aux maladies de poitrine ne puisse être démontrée objectivement, et que le temps accordé lors de la revision pour l'examen médical ne suffise pas pour pousser un examen physique, toujours difficile et délicat, jusqu'à l'obtention de résultats positifs, on ne peut que recommander instamment aux médecins militaires fonctionnant à la revision, de diriger plus spécialement leur attention sur la configuration, la structure, la dilatabilité du thorax, en se conformant aux principes énoncés dans le règlement sur la matière.

Afin de ne pas perdre de vue les cas qui ont pu échapper, lors d'un premier examen, ou n'ont pu être reconnus avec certitude, on ne peut qu'approuver la mesure recommandée par différents médecins de corps d'armée ; mesure qui consiste à soumettre, d'accord avec les chefs de corps, toutes les recrues à des visites sanitaires régulières, surtout celles qui donnent lieu à des inquiétudes sur l'état des organes respiratoires.

Ces visites pourraient peu à peu se restreindre aux hommes qui ont besoin d'être observés, et l'on pourrait tenir des listes dans lesquelles le résultat de l'observation serait chaque fois inscrit. Il appartient au médecin compétent de décider, dans chaque cas particulier, jusqu'à quel point on doit épargner aux malingres les fatigues inséparables de la première période de la vie militaire. L'endurcissement de la peau, surtout chez les recrues, par l'emploi fréquent des bains-douches, se recommande de lui-même.

Aux convalescents de maladies aiguës des voies respiratoires, on accordera, autant que possible, une période prolongée de repos et de traitement consécutif. Là où les conditions de famille font espérer de bons soins, *mais là seulement*, on peut recommander l'octroi d'un congé prolongé. Ceux qui reviennent de congé devront être examinés avec le plus grand soin au retour, et, le cas échéant, être proposés pour l'envoi dans des établissements thermaux appropriés.

Afin de ne pas laisser passer les premiers signes des maladies de poitrine, il faudra attacher une importance spéciale à la visite quotidienne des corps de troupe. Même pour les catarrhes les plus légers en apparence, on emploiera tous les moyens de diagnostic physique, les mensurations de la température du corps, etc. : en cas de doute, l'observation à l'hôpital.

Le renvoi hâtif de tous les malades qui souffrent d'affections chroniques de poitrine, considéré comme une nécessité urgente par tous les médecins de corps, doit être recommandé sans restriction. Il faut, surtout, bien remarquer qu'une seule hémoptysie suffit pour demander la réforme, lorsque l'examen médical met hors de doute l'origine pulmonaire de l'hémorragie. Le premier bénéfice, et non le moins important de cette mesure, est d'éloigner de la caserne et de l'hôpital une source d'infection.

L'hypothèse théorique de l'infectiosité de la tuberculose, ayant reçu de la pathologie expérimentale sa consécration indéniable, il faudra veiller avec plus de soin que l'on n'a fait jusqu'ici à ce que les hommes suspects de tuberculose soient séparés, tant à l'hôpital qu'à l'infirmerie, des autres malades, et surtout de ceux qui souffrent de pneumonie ou de bronchite aiguë. Les mesures destinées à éloigner ou à désinfecter les crachats, considérés comme propagateurs de l'agent infectieux, s'imposent d'elles-mêmes.

Cette circulaire a un réel intérêt, parce qu'elle pose pour la première fois d'une façon officielle, le principe de *la séparation des tuberculeux* ou plutôt des individus suspects de tuberculose. On comprend les hésitations qui ont dû précéder cette décision de l'administration prussienne lorsque l'on songe aux difficultés considérables qu'elle rencontre dans son application. Néanmoins, puisque la mesure est justifiée en théorie, on ne peut qu'approuver les efforts de ceux qui veulent la faire passer dans la pratique. C. ZUBER.

V. — Depuis la découverte de Koch, il n'est permis de proclamer la guérison des tubercules que dans les cas où l'examen histologique le plus minutieux ne montre dans les tissus aucune trace de bacille. Voici un cas intéressant à cet égard :

Un forestier de 46 ans succombe au mois d'avril 1883 à un cancer de l'estomac avec phénomenes comateux terminaux. Son histoire est curieuse : en 1866, rhumatismes; depuis, il fait son service militaire sans incident; en 1877, il tousse, maigrit, devient anémique; pendant six mois, il fait péniblement son service, mais ne consulte pas de médecin; finalement, il se rétablit, reprend ses forces et son embonpoint et, jusqu'à sa mort, n'offre plus aucun signe d'affection pulmonaire.

Chez ses parents, il n'y a pas eu de phtisie, le père est mort, à 66 ans de cirrhose ; la mère n'a succombé qu'à 83 ans. Mais dans la génération à laquelle il appartient, la tuberculose a fait plusieurs victimes : quatre frères sont morts phtisiques à 22, 23, 45 et 50 ans. Trois frères sont vivants. Un de ses enfants est mort de méningite tuberculeuse, les sept autres vivent et sont bien portants. Le frère, mort à 50 ans, possédait huit enfants dont deux tuberculeux.

A l'autopsie, cancer du pylore. Rien dans les viscères abdominaux, dans le cœur ni dans les centres nerveux. Aux poumons, les lésions sont limitées aux lobes supérieurs qu'on trouve adhérents à la plèvre costale, indurés et rétractés; sur les sections, on voit au milieu du tissu cicatriciel quelques îlots de parenchyme vide d'air, et aussi des groupes d'alvéoles emphysémateux ; çà et là de petites masses crétacées ou pierreuses, dont quelques-unes sont encapsulées dans de petites cavités à parois lisses.

Examen histologique : Les travées conjonctives ne contiennent qu'un très petit nombre de noyaux. Nulle part on ne trouve de tubercules. Sur plusieurs points, oblitération des bronchioles et des canalicules pulmonaires. Les caver-

nules à contenu crétacé sont constituées par des bronchectasies. Les artères oblitérées dilatées ont des parois épaissies.

L'auteur cherche en vain les bacilles dans le contenu d'un grand nombre de cavernules. Il finit cependant par en découvrir dans une masse caséo-graisseuse, contenant quelques cellules rondes et empruntée à une des plus petites cavités bronchectasiques ; cette cavité est close et possède des parois fibreuses dures. Les bacilles se colorent tantôt faiblement, tantôt fortement dans la solution de fuchsine.

Le processus tuberculeux, cliniquement guéri, est donc demeuré pendant 6 ans à l'état latent, l'élément infectieux ayant séjourné inerte dans l'organisme sans même se réveiller sous l'influence de la cachexie cancéreuse. L. GALLIARD.

**Zur Pathologie der Verdauung (Sur la pathologie de la digestion), par Julius WOLF** (*Zeitsch. f. klin. Med., Band VI, p.* 113).

Wolf reprend les travaux de Penzoldt et Faber sur l'absorption de la muqueuse de l'estomac. Ils donnaient 20 centigrammes d'iodure de potassium par la bouche, dans des capsules de gélatine, et notaient le moment, très variable d'un individu à l'autre, où l'iode apparaissait dans la salive. L'auteur refait ces expériences en suivant la même méthode. Le temps de la résorption normale varie de quinze minutes à une heure et demie. Elle paraît être retardée seulement dans le cancer de l'estomac, l'iode n'apparaissant dans la salive qu'au bout de trois ou quatre heures. Elle paraît, au contraire, normale dans les autres affections de l'estomac.

L'iode absorbé par la muqueuse rectale apparaît aussi vite dans la salive que s'il est résorbé par la muqueuse de l'estomac. Les sujets atteints de carcinome de cet organe ne présentent, à cet égard, aucune différence.

Si la lenteur de la résorption indique un cancer de l'estomac, il reste établi que l'inverse n'est pas vrai, c'est-à-dire qu'un sujet atteint de cette affection n'a pas nécessairement ce retard. M. DEBOVE.

**Ueber einen Fall von Carcinom des Pancreas und über Vorkommen von Fettkrystallen im Stuhlgang (Sur un cas de carcinome du pancréas et sur la présence de cristaux gras dans les garde-robes), par ZIEHL** (*Deutsche med. Woch., n°* 37, 1883).

On est habitué à considérer les selles graisseuses comme symptomatiques de l'obstruction du canal pancréatique, mais on ignore en général que la graisse, au lieu de se présenter sous forme de masses jaunâtres visibles à l'œil nu, peut revêtir la forme cristalline et échapper aux observateurs qui négligeraient d'avoir recours au miscroscope. Les cristaux de graisse, translucides, formant des faisceaux ou des gerbes d'aiguilles déliées, ont été observés deux fois par Friedreich : dans un cas de carcinome du pancréas avec oblitération du canal hépatique et ictère ; et chez un sujet atteint de lithiase biliaire avec obstruction du canal cholédoque et probablement aussi du canal pancréatique ; l'autopsie de ce dernier n'a pas été faite.

Gerhardt décrit aussi chez des ictériques des cristaux qui disparaissaient des matières dès que la bile reprenait son cours normal. Mais il les considère comme formés par la tyrosine à cause de la coloration rouge

qu'il obtenait en présence du réactif de Millon. Il n'a pas soin cependant de noter l'insolubilité dans l'éther qui est un des caractères fondamentaux de la tyrosine.

Les cristaux observés par l'auteur sont solubles dans l'éther comme la graisse et de plus ils sont translucides tandis que les cristaux de tyrosine ont une coloration brun clair. Ils se rapprochent donc des éléments décrits par Friedreich.

Voici l'observation :

Une femme de 34 ans entre le 10 avril à la clinique du professeur Erb, d'Heidelberg ; elle se plaint d'avoir eu le 5 mars un frisson, de la douleur à l'épigastre et des phénomènes gastriques ; depuis le 5 avril plusieurs hématémèses. Elle a pâli, maigri et perdu ses forces. Elle n'est pas œdématiée, n'a pas de fièvre et n'offre d'autre symptôme pathologique qu'une vive sensibilité à l'épigastre. Elle est grosse de 5 mois.

Le 9 mai on constate pour la première fois à la région douloureuse, au-dessous du foie une petite tumeur, et le 23 mai plusieurs nodosités s'y sont jointes. A ce moment survient l'ictère, les urines sont bilieuses, les matières fécales décolorées.

Le 2 juin l'ictère s'accentue. Ascite. Les crises douloureuses continuent. Pneumonie du lobe inférieur gauche. Mort le 9 juin.

On avait diagnostiqué : carcinome de l'estomac et du foie avec compression du canal cholédoque ; de plus, à cause de la nature des matières, obstruction probable du canal pancréatique.

Les selles, en effet, grisâtres et sèches, contenaient une notable quantité de cristaux microscopiques se dissolvant dans l'éther et de nature graisseuse ; à côté d'eux on trouvait aussi des gouttelettes adipeuses noircissant dans l'acide osmique. L'urine ne contenait pas de graisse.

Le diagnostic n'a été que partiellement confirmé par l'autopsie. Il s'agit bien en effet d'un carcinome de l'estomac, mais secondaire à un énorme cancer du pancréas et sans propagation au foie. La tumeur remplit l'arrière cavité des épiploons et comprend dans son épaisseur l'aorte abdominale et les deux artères rénales. Le canal pancréatique dont on ne retrouve pas l'embouchure dans le duodénum est rempli de liquide. Le cancer a envahi les parois du duodénum et de la portion pylorique de l'estomac où existent plusieurs ulcérations. Dilatation des canaux biliaires. L'utérus contient un fœtus de six mois.

Quelle est la signification des cristaux de graisse tels qu'ils sont décrits ici et signalés par Friedreich ? Dans les trois observations que nous possédons il s'agit toujours d'obstruction simultanée des voies biliaires et du canal pancréatique. Aussi ne pouvons-nous établir de relation précise entre l'apparition des cristaux et la lésion isolée de l'une des deux glandes : pancréas ou foie. Quelle que soit l'interprétation à venir, rappelons-nous qu'il faudra rechercher ces cristaux à l'aide du microscope dès qu'on soupçonnera la présence des éléments graisseux. L. GALLIARD.

**Supra-renal capsules in Addison's disease, par GOODHART** (*Path. soc. — Med. Times and Gaz.*, 18 *février* 1882).

Le malade, âgé de 20 ans, avait présenté des symptômes caractéristiques de la maladie d'Addison pendant deux ans et demi. A l'autopsie on trouva une atrophie des capsules surrénales ; celles-ci ne pesaient que 0gr75 à 1 gramme chacune. Leur structure était à peine reconnaissable ; les ganglions semi-lunaires paraissaient contenir plus de tissu fibreux et moins

de tissu nerveux qu'à l'état normal. (Un examen ultérieur démontra que les ganglions étaient sains.)

Addison avait d'abord attribué la maladie qui porte son nom à plusieurs affections des capsules surrénales, mais, plus tard, il admit que la dégénérescence caséeuse de ces organes en était la lésion spécifique. Les pathologistes modernes semblent vouloir admettre que la décoloration de la peau ne se produit pas toutes les fois que les capsules sont lésées, mais seulement quand elles sont atteintes d'affections à marche chronique, et ayant une tendance à envahir les parties adjacentes du grand sympathique. En tête de ces affections se trouve la tuberculose. Des faits très authentiques démontrent que la maladie d'Addison peut se développer à la suite de traumatismes, d'affections des vertèbres adjacentes, de cancer abdominal, de lymphadénome, de tuberculose péritonéale. L'étiologie de cette affection est donc encore très obscure.

Goodhart rappelle deux autres observations semblables à la précédente. A l'autopsie il trouva une atrophie des capsules, sans traces de tubercules.

Coupland fait remarquer l'analogie qui existe entre les symptômes de la maladie d'Addison et certains accidents de la grossesse (vomissements, pigmentation de la peau). Ne pourrait-on pas les attribuer également à un trouble purement fonctionnel du grand sympathique ? Il ne croit pas que la lésion des capsules surrénales soit spécifique, mais quelle qu'elle soit, pour produire les symptômes de la maladie, il faut admettre qu'elle affecte le grand sympathique d'une façon particulière. J.-B. H.

**Ueber Coma carcinomatosum, par JAKSCH** (*Wien. med. Woch.*, *n°* 16, 1883).

L'auteur rapproche du coma diabétique le coma observé chez les carcinomateux et rapporte ces deux phénomènes à une même cause : l'intoxication par l'acide acétylacétique et l'acétone.

Femme de 48 ans, entrant à la clinique de Nothnagel au mois de novembre 1882. Elle a éprouvé, brusquement, au printemps, des douleurs gastriques vives et a perdu l'appétit. Depuis huit semaines elle vomit des mucosités verdâtres et maigrit beaucoup.

On ne constate pas chez elle de tumeur; l'abdomen donne partout une sonorité tympanique. La peau des membres est sèche, mais celle du visage présente une coloration normale, l'état de nutrition générale ne semble pas mauvais, les muscles sont bien développés et le tissu adipeux conserve une certaine épaisseur. Au niveau des bras, des épaules, des cuisses on constate un grand nombre de pétéchies. L'examen du sang ne révèle pas de diminution des globules. L'urine ne contient ni albumine ni sucre mais beaucoup d'acide acétylacétique. Densité 102°, peu d'indican, pas de matière colorante de la bile. Traitement : Rhubarbe, eau de Karlsbad.

10 *novembre*. Les vomissements cessent, on introduit sans difficulté la sonde dans l'estomac. Nouvelles taches de purpura au sacrum et au niveau des fosses sus et sous-épineuses.

17 *novembre*. La quantité d'urine oscille entre 200 et 500 grammes; la densité varie de 1019 à 1026.

21 *novembre*. Somnolence et apathie remarquables. Pouls 102. Respiration 26. Pas de vomissements.

22 *novembre*. La somnolence augmente, la malade est paresseuse, répond faiblement aux questions. Respirations 30. Pouls 90.

24 *novembre*. La malade est plongée dans une profonde torpeur, les yeux brillants, ouverts, le regard vague; elle n'est sensible qu'aux excitations violentes. Respiration profonde, pénible. Pouls 120, très faible. Rétention d'urine. L'urine contient quelques traces d'albumine, et, comme au début, une grande quantité d'acétone et d'acide acétylacétique.

A 3 heures de l'après-midi, résolution musculaire absolue. Pauses respiratoires survenant toutes les 2 ou 3 minutes et durant 40 secondes.

A 11 heures du soir, coma complet. Parfois encore la malade ouvre les yeux, puis elle retombe dans l'immobilité. Le rythme respiratoire conserve les mêmes caractères. T. 37,2.

Mort le 25 novembre à 3 heures du matin.

Autopsie. Il existe dans l'estomac un carcinome médullaire très étendu. Le néoplasme a infiltré sous forme de granulations miliaires, le péritoine, le duodenum et l'œsophage, les plèvres et les poumons; on retrouve même des végétations de même nature sur les valvules du cœur gauche. Rien dans le foie, la rate, les reins. L'utérus contient de petits fibromes.

Malgré ces importantes lésions, l'auteur considère ici la mort comme prématurée, parce que la malade a conservé certaines apparences de santé. Il croit devoir insister sur les phénomènes comateux ayant duré 74 heures (?), sur la persistance d'une diacéturie intense et enfin sur la dyspnée spéciale avec inspirations profondes et arrêts passagers de la respiration. L'infiltration carcinomateuse des poumons pourrait bien expliquer, à notre avis, la dyspnée. L. GALLIARD.

**De l'épithélioma primitif de la rate, par GAUCHER** (*Thèse de Paris*, 1882).

Sous le nom d'épithélioma primitif de la rate, l'auteur décrit une variété particulière d'hypertrophie primitive et idiopathique de la rate. Cet organe peut acquérir des dimensions considérables ; il conserve toujours sa forme et sa couleur normales, mais il est le plus souvent dur et sclérosé. On n'a jamais pu constater d'autres lésions dans les diverses parties du tube digestif, ni dans les autres viscères; quelquefois cependant le foie présente les lésions de la sclérose diffuse. Les caractères histologiques qui permettent de différencier cette affection sont : la substitution totale aux éléments propres de la rate de cellules épithéliales volumineuses, polyédriques, renfermées dans les travées de la rate épaissies et légèrement sclérosées ; des hémorragies interstitielles, la disparition partielle des vaisseaux, la destruction complète des corpuscules de Malpighi. Discutant l'étiologie de cette affection si rare, l'auteur pense que cet épithélioma est dû à une hyperplasie, avec évolution complète de l'épithélium normal de la rate et il voit là une preuve à l'appui de l'opinion qui regardent les éléments normaux de la rate comme des épithéliums nucléaires.

Les caractères cliniques de cette maladie sont : une hypertrophie splénique sans augmentation de volume de ganglions lymphatiques et sans modification dans le nombre des leucocytes du sang ; quelquefois cependant le foie est augmenté dans ses dimensions, mais secondairement. L'hypertrophie splénique donne lieu quelquefois à des troubles de compression variés, dyspnée, dyspepsie, etc., à des douleurs quelquefois très vives déterminées par la marche, les fatigues exagérées. A aucune période de la maladie, la cavité péritonéale ne contient le moindre épanchement ascitique; l'ictère est fréquent; il est lié à la

congestion hépatique qui détermine aussi l'hypertrophie du foie. Enfin, il existe un certain nombre de symptômes propres à cette affection ; ce sont les hémorragies, particulièrement les épistaxis, le purpura, puis le ramollissement des gencives qui deviennent saignantes et fongueuses; à aucune période on n'observe de phénomènes fébriles intermittents.

La durée de cette affection peut être très longue ; elle se termine par des phénomènes de cachexie spéciaux, mais plus souvent la mort est déterminée par l'apparition plus ou moins rapide de quelque complication, particulièrement la tuberculose pulmonaire. W. OETTINGER.

**Sul crepitio xifoideo o peritonitico (Du frottement xyphoïdien ou péritonéal), par E. GALVAGNI** (*Riv. clin. di Bologna*, *n°* 8, 1882).

Ce bruit de frottement ou de crépitation molle, analogue à celui causé par une extravasation sanguine, s'observe à la palpation, au niveau de l'apophyse xyphoïde et du bord droit des côtes. Il est déterminé par les exsudats, qui, sous forme de couche mince et gluante, recouvrent toute la surface péritonéale, dans certaines formes de péritonite ; il ne se sent que là où une partie mobile glisse sur une partie dure, immobile, ce qui explique son siège. H. THORENS.

# GYNÉCOLOGIE.

**Ueber Elongatio colli uteri supravaginalis, par von RABENAU** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 550, 4 *septembre* 1882, *et n°* 24, *p.* 368, 11 *juin* 1883).

Sur environ 2,500 femmes traitées en 16 mois à la clinique de A. Martin, von Rabenau a rencontré 49 fois l'allongement de la portion sus-vaginale du col étudié par A. Martin (*R. S. M.* XIX, 156) qui en indique les symptômes comme suit : dysménorrhée, stérilité, conicité du col, allongement de la portion sus-vaginale, anté ou rétroflexion du corps, rétroposition de l'utérus, immobilisé par des adhérences.

Chez 43 des femmes observées par von Rabenau, le corps utérin était antéfléchi ; il était rétrofléchi seulement chez 3. Sur les 49 malades, 3 seulement avaient eu des enfants.

Le col était généralement distant de 1 1/2 à 2 centimètres de l'insertion antérieure du vagin, tandis que son sommet se trouvait ordinairement à 4 centimètres de l'insertion postérieure, du fond des culs-de-sac. L'orifice externe en est étroit ; 16 fois même il était relativement rétréci, sans toutefois empêcher l'introduction de la sonde.

Au speculum, le museau de tanche apparaît comme une petite fossette.

La longueur du col varie de 4 à 7 centimètres. A l'hystéromètre, on est frappé des petites dimensions du corps qui oscillent entre 2 et 3 centimètres 1/2.

Le cathétérisme utérin fournit un signe caractéristique : quand l'ins-

trument a pénétré facilement de 4 1/2 à 7 centimètres, on est obligé pour l'enfoncer davantage, d'abaisser tout à fait le manche sur le périnée, ce qui indique l'antéflexion du corps.

Jusqu'ici on a généralement admis que cette forme d'allongement du col dépend d'un développement défectueux de l'utérus au moment de la puberté, d'un utérus resté infantile. Von Rabenau, au contraire, croit qu'il s'agit ici d'une lésion inflammatoire secondaire à une endométrite survenue, dans l'immense majorité des cas, à une époque très précoce de la vie.

En effet, en recherchant chez ces femmes les signes d'endométrite, l'auteur a reconnu les faits suivants : 41 des nullipares en présentaient un ou plusieurs symptômes ; les 2 autres avaient eu une inflammation des annexes. 26 fois il y avait des irrégularités des menstrues, soit un retour très irrégulier, soit des règles revenant tous les 15 jours. 15 fois il y avait eu aménorrhée plus ou moins prolongée, variant entre 3 mois et 6 ans.

Chez 11 femmes les menstrues cessèrent immédiatement après être apparues pour la première fois.

17 fois les époques étaient trop abondantes ou trop longues.

Chez 4 femmes seulement, l'écoulement ne durait que quelques heures ou se bornait à un liquide semblable à de la lavure de chair. 24 fois, les règles étaient précédées ou accompagnées de vives douleurs.

Chez 18 femmes il existait de l'ovarite ou de la périovarite ; chez 3 de la sapingite, chez 4 des vestiges d'une périmétrite postérieure et chez 7, des résidus d'inflammation des ligaments larges. En somme, 25 femmes c'est-à-dire plus de la moité des malades avaient eu une maladie des annexes.

Les causes de l'endométrite sont restées obscures. Toutefois, chez 3 femmes elle s'est manifestée immédiatement après une infection blennorragique. Il y eut d'abord une aménorrhée pendant quelques mois, puis des règles douloureuses et profuses. Au bout de 7 mois l'une de ces femmes avait déjà un allongement de 5 centimètres.

Chez une autre malade, von Rabenau a vu les lésions évoluer. Cette femme nullipare était venue une première fois, en septembre 1879 avec un col épais, des érosions sur les deux lèvres et une portion sus-vaginale encore normale. Après une aménorrhée de 2 mois, elle eut, en novembre une perte considérable. En décembre, les érosions avaient disparu et le reste était au *statu quo*. Un an plus tard, lorsque cette femme revint, le col était conique, son orifice étroit, la portion sus-vaginale manifestement allongée et le corps de l'utérus antéfléchi.

Le mariage ne parait pas avoir une heureuse influence ; parmi les 26 malades mariées, chez 10 les souffrances s'étaient aggravées.

Le traitement à opposer à cette hypertrophie inflammatoire du col est l'amputation ; A. Martin et von Rabenau l'ont pratiquée 10 fois.

Dans la discussion consécutive, Schrœder déclare que le traitement doit tout d'abord être dirigé contre le catarrhe du col qui est la cause première de l'allongement hypertrophique. J. B.

**Ueber puerperale Atrophie des Uterus** (**De l'atrophie utérine d'origine puerpérale**), **par Richard FRÖMMEL** (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. VII, H.* 2).

Schrœder distingue 3 formes d'atrophie puerpérale de l'utérus :

1° Celle qui se développe dans la première période puerpérale, particulièrement chez les tuberculeuses et chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale ;

2° Celle qui se produit chez les femmes dont la nutrition est défectueuse, après un accouchement et des suites de couches normales ;

3° Celle qui se produit à la suite des affections puerpérales graves ; atrophie des ovaires ou lésions de l'utérus lui-même (Endométrite purulente).

L'auteur n'étudie que la 2° catégorie. Sur 3,000 malades de la policlinique de Berlin, il en a rencontré 28 cas soit à peu près 1 0/0. Les malades sont généralement jeunes, et ont l'air beaucoup plus âgées qu'elles ne sont. La plus jeune avait 19 ans, la plus âgée 40 ans ; l'âge moyen était 29 ans.

Les malades se plaignent de douleurs dans le ventre, de maux de reins qui s'irradient dans le dos et les deux membres inférieurs ; elles éprouvent toute la série de phénomènes hystériques. Les règles n'ont pas reparu, bien que l'allaitement ait cessé depuis plusieurs mois. L'examen des organes génitaux est en grande partie négatif. Pas d'inflammation au voisinage de l'utérus, les ovaires sont mobiles. Les parois du vagin sont relâchées, avec tendance au prolapsus, chez les multipares. Tantôt l'utérus est diminué dans son ensemble, extraordinairement friable, notablement raccourci (5 centim. à 5 1/2 ; dans un cas, 4 centim. 1/2); mais encore assez épais au palper ; l'atrophie dans ces cas, atteint aussi la portion vaginale, qui se présente comme une petite papille, ou disparaît même complètement comme dans l'atrophie sénile. Tantôt l'utérus a conservé sa longueur et l'atrophie ne se manifeste que par la diminution de l'épaisseur des parois. Il est alors très difficile de sentir par le palper l'organe qui est transformé en une sorte de sac membraneux, très mobile, passant sous la moindre impulsion de la rétroflexion à l'antéflexion. La portion vaginale est tantôt atrophiée, tantôt conservée. L'emploi de la sonde demande beaucoup de précautions ; la perforation de la paroi utérine est très difficile à éviter : Simpson, Schrœder n'ont pu éviter cet accident qui est arrivé 2 fois à l'auteur. Les ovaires sont en général petits et atrophiés ; l'auteur ne les a trouvés que 3 fois avec leur volume normal.

L'allaitement joue un rôle considérable dans l'étiologie de cette affection. L'influence de l'allaitement sur l'involution utérine est généralement admise. L'auteur a constaté chez les femmes qui allaitent une hauteur habituelle de 5 1/2 à 6 centimètres. La réduction de volume de l'utérus chez les nourrices a été signalée comme caractéristique (Löhlein). Dans les cas observés par l'auteur, le plus grand nombre des femmes n'avait eu que peu d'accouchements : 9 se présentaient après leur premier accouchement, 2 après le second, 6 après le troisième, les 9 autres avaient eu de 4 à 9 couches.

La première forme (utérus raccourci avec parois assez épaisses) appartient plus spécialement aux femmes n'ayant eu que peu d'accouchements

et paraît plutôt se produire sous l'influence de l'allaitement. La seconde forme (utérus non raccourci, à parois très minces, très faciles à perforer) se rencontre plutôt chez des femmes qui ont eu une série interrompue de grossesses, de couches, d'allaitement.

L'auteur a vu deux fois une atrophie très avancée se produire chez des femmes jeunes, d'aspect vigoureux, à la suite d'un premier accouchement non suivi d'allaitement.

Le pronostic est en général très défavorable. L'auteur n'a observé qu'une fois sur 29 la régénération complète de l'appareil génital.

Le traitement doit être surtout reconstituant. Séjour prolongé à la campagne, cure thermale; alimentation lactée. Bains de siège chauds et hydrothérapie : introduction fréquente de la sonde ou application de pessaires vaginaux pour exciter l'utérus. Préparations ferrugineuses dans les cas d'anémie. L'auteur n'a pas essayé les pessaires utérins, qui lui paraissent trop dangereux pour la policlinique.

Au point de vue prophylactique, l'auteur conseille de surveiller l'appareil génital chez les femmes qui nourrissent, et de faire suspendre l'allaitement dans les cas où l'involution paraît dépasser les limites normales.

H. DE BRINON.

**Traité clinique de l'inversion utérine, par DENUCÉ** (*In-8°, Paris,* 1883).

L'inversion utérine a été l'objet de vingt-trois ans d'études assidues de l'auteur; le traité actuel peut être considéré comme le travail le plus étendu, publié sur la matière. Il se caractérise par des vues ingénieuses, mais surtout par une critique sévère et des recherches historiques très étendues. L'historique et le traitement sont surtout l'objet de considérations importantes. La question est, d'ailleurs, plutôt envisagée au point de vue chirurgical qu'au point de vue obstétrical. Les inversions récentes ne sont pas suffisamment mises en relief quant à leur symptomatologie, et les phénomènes qui les caractérisent sont étudiés en même temps que ceux observés dans les inversions tardives et chroniques. Le tableau symptomatique d'une inversion utérine de l'inversion qui vient de se produire est cependant très différent de celui qui date de quelque temps.

A propos de l'historique, l'auteur montre que la plupart des découvertes doivent être rapportées à des chirurgiens français. A. Paré, Mauriceau, Amand, Puzos, Deleurye, Leroux, Baudelocque, Valentin d'Ivry occupent une place importante dans cette étude. L'influence de Baudelocque ne fut pas favorable aux recherches thérapeutiques, faites ultérieurement. A partir de la thèse de Daillez, faite sous son inspiration, les Français ne font plus, pour ainsi dire, aucun progrès sur ce point. Cette étude est reprise d'une façon presque exclusive par les chirurgiens anglais et américains. C'est à eux que l'on doit la plupart des améliorations de traitement dont l'idée provenait cependant de travaux antérieurs faits dans notre pays.

Les inversions récentes sont, le plus souvent, dues à des tractions intra-utérines, mais cependant la contraction abdominale, coïncidant avec l'inertie utérine, peut produire l'inversion récente spontanée. La contraction utérine peut expliquer la production des inversions tardives soit

brusques, soit graduelles. L'étiologie des inversions polypeuses est aussi exposée avec une grande précision.

A propos de l'anatomie pathologique, on lira avec intérêt toutes les déductions qu'on peut tirer de l'étude soigneuse de la disposition des ligaments larges et des cordes tendues qu'ils constituent pour ainsi dire en forme de poulie de renvoi au-dessus des bords du corps de l'utérus retourné. Les distinctions et l'étude des différents degrés de l'inversion y sont indiqués avec une netteté qui facilite l'intelligence des particularités développées dans la suite de l'ouvrage.

Mais le traitement mérite surtout une lecture attentive. Après avoir indiqué les bases du traitement palliatif, toutes les méthodes conseillées pour faire la réduction de l'inversion, ou l'ablation du corps utérin retourné, y sont exposées dans leur enchaînement. A l'aide d'une critique serrée, l'auteur aboutit aux procédés qu'il juge les meilleurs pour obtenir la guérison de cette affection.

A propos de la réduction, le meilleur traitement paraît être le taxis par refoulement latéral ou, s'il échoue, l'emploi du pessaire à air ou du Colpeurynter (pessaire à eau). Peut-être cependant pourrait-on remplacer ces instruments par des pessaires à tige soutenues par des bandes élastiques. Ces agents agissent d'une façon continue; ils ont donné des résultats très remarquables.

A propos de l'ablation, le pronostic est certainement meilleur dans le cas d'inversions polypeuses, qui sont presque toujours des accidents d'opération, que dans les inversions puerpérales. Dans le traitement de cette dernière variété du retournement de l'utérus, l'emploi de la ligature élastique a donné de beaucoup les meilleurs résultats. Voilà d'ailleurs les statistiques qui résultent de la critique de 152 observations d'ablation de l'utérus retourné et de 184 observations de réduction de l'inversion utérine.

| | | |
|---|---|---|
| I. — Réduction de l'inversion récente | Mortalité. | 18 0/0 |
| — — pendant la période d'involution | — | 10 0/0 |
| — — ancienne | — | 6 0/0 |

| | | | Inversion puerpérale. | Inversion polypeuse. |
|---|---|---|---|---|
| II. — Ablation. Statistique générale | Mortalité. | 23 0/0 | 25,8 0/0 | 19,2 0/0 |
| Ablation par ligature, 20 0/0 | Ligature fixe | 30 0/0 | 33 0/0 | 25 0/0 |
| | Ligature progressive. | 20 0/0 | 18 0/0 | 9 0/0 |
| | Ligature élastique | 8 0/0 | 8,8 0/0 | 0 0/0 |
| Ablation par excision | | 33 0/0 | 41,6 0/0 | 14,2 0/0 |
| Ablation par l'écraseur | | 21 0/0 | 18 0/0 | 28 0/0 |

PORAK.

**A new method of treating inveterate and troublesome displacements of the uterus, par W. ALEXANDER** (*Med. Times and Gaz., vol. Ier, p.* 327, 1882).

La position normale de l'utérus est telle qu'il n'occupe pas directement l'axe du bassin mais qu'il s'incline en avant. La pression des viscères tend à le pousser contre le pubis, toutes les fois qu'il est dans l'axe du bassin.

A l'état normal l'utérus n'est pas directement dans l'axe du bassin, il s'incline en avant. Dès lors la pression des viscères l'appuie

derrière la symphyse mais ne tend pas à le chasser directement en bas. S'il vient à se placer dans une position telle qu'il supporte la poussée abdominale, non plus par sa face postérieure mais par son fond, il sera forcément expulsé (car ses moyens de soutien, insertion vaginale et ligaments larges sont tout à fait insuffisants,) et l'on aura les divers degrés d'abaissement et de prolapsus.

Or la position normale est assurée par la présence des ligaments ronds ; ce qui revient à dire que c'est à leur relâchement que sont dues les descentes de l'utérus.

Raccourcir ces ligaments c'est guérir d'une façon radicale le déplacement.

Au niveau et au-dessous des deux orifices inguinaux on fait une incision découvrant les racines des ligaments ronds. On dissèque et l'on réunit en un seul cordon ces faisceaux. On les libère des filets nerveux qui les accompagnent. Puis par des tractions douces et modérées on fait glisser à travers le canal inguinal le ligament rond jusqu'à ce que le doigt, introduit dans le vagin, reconnaisse que l'utérus a repris sa place normale. Les ligaments ronds sont alors fixés par des points de suture tout autour de l'anneau. Leur extrémité est liée l'une à l'autre ou roulée sur de petits morceaux de bois que l'on fixe ensemble sur la ligne médiane. Il existe quelques douleurs pendant les premiers jours, mais on ne constate aucun accident péritonéal.

Cette opération présente un point *difficile* (la recherche des faisceaux terminaux du ligament) et un point *délicat* (les tractions sur le ligament).

Il est difficile de prévoir ce qui surviendrait dans le cas de grossesse. Trois hypothèses sont possibles : 1° les ligaments raccourcis s'opposeront au développement utérin et il y aura fausse couche ; — 2° ils se laisseront distendre mais reviendront après l'accouchement à leur longueur normale ; — 3° enfin, après s'être allongés ils resteront tels et l'on verra le déplacement primitif se reproduire.

Suivent quatre observations prouvant la valeur absolue de ce procédé dans le cas d'abaissement.

L'auteur pense qu'il pourrait également s'appliquer aux rétroversions et rétroflexions, mais il ne l'a pas encore mis en pratique pour ces déplacements. V. CAMPENON.

**Analysis of twenty-seven operations for the restoration of the lacerated cervix uteri, with special reference to the effects on sterility and labour, par BAER** (*New York med. Journal*, 14 *juillet* 1883).

L'auteur s'élève contre l'opinion de Murphy (de Washington), qui veut que la trachélorraphie soit une cause de stérilité. Sans doute, la stérilité n'est pas rare chez les femmes qui ont subi l'opération de la suture du col utérin, mais si on examine les choses de près, on voit qu'elle est consécutive à l'accident, non à l'opération : celle-ci n'a pas créé la stérilité, elle a seulement échoué à la guérir. Au reste, il n'en est pas ainsi dans tous les cas, et lorsque la déchirure du col n'est pas trop ancienne, lorsque l'opération a été bien faite et avec le soin de ne pas trop rétrécir l'orifice du col, la malade peut très bien avoir des enfants.

Sur 27 femmes que Baer a opérées, 6 étaient des veuves ou avaient

dépassé la ménopause, et doivent par conséquent être exclues de la statistique. Sur les 21 malades restantes, 13 étaient stériles depuis cinq à seize ans avant l'opération, et il y a lieu de penser que cette stérilité sera définitive. Parmi les 8 dernières, qui avaient conçu dans les cinq années précédant l'opération, 5 avaient fait fausse couche; néanmoins, 3 de ces malades ont accouché heureusement depuis lors ; une quatrième est enceinte, et les autres ont été opérées depuis trop peu de temps pour qu'il soit permis actuellement de les déclarer stériles.

En somme, les résultats de l'expérience acquise peuvent, suivant l'auteur, se résumer ainsi : la trachélorraphie ne réussit pas mieux que les autres moyens à faire disparaître une hypertrophie ancienne avec transformation fibroïde du corps de l'utérus, et voilà pourquoi elle ne guérit pas la stérilité dans les cas anciens; mais elle n'en est pas moins très supérieure aux méthodes anciennes comme remède à l'hypertrophie du col, au renversement de ses lèvres, à l'érosion chronique de la muqueuse cervicale, et peut-être aussi comme préventif de l'épithélioma; dans les cas récents, accompagnés de subinvolution utérine et d'avortements répétés, l'opération remédie parfaitement à la stérilité, et il est rare (surtout quand la réunion s'est faite par première intention) que la présence d'un tractus cicatriciel devienne un sérieux obstacle à l'accouchement. (Suivent cinq observations propres à mettre en lumière ces divers points.)

(Voyez la discussion à la Société obstétricale de Philadelphie, dans laquelle la plupart des membres ont appuyé les conclusions de Baer.)

H. BARTH.

**Die Behandlung der Uterus-fibromyome nach eigenen Erfahrungen (Le traitement des fibromes utérins), par A. ROEHRIG** (*Archiv für pathologische Anat. u. Phys.*, 1881).

L'auteur étudie le traitement des fibromes :

1° Au point de vue prophylactique. Tout ce qui peut causer une perturbation dans les fonctions menstruelles doit être évité;

2° Au point de vue étiologique. L'auteur affirme que la guérison radicale d'une tumeur fibreuse peut être obtenue par la suppression de la cause sous l'influence de laquelle s'est développée la tumeur;

3° Au point de vue de la maladie elle-même, il y a deux indications principales à remplir : combattre la tendance congestive locale, et obtenir l'atrophie de la tumeur.

Les antiphlogistiques diminuent l'afflux sanguin anormal, dont la production dans les organes pelviens est la première cause anatomique de la maladie. Ainsi la saignée locale se montre utile surtout au début, ou dans les formes de fibromes mous, vasculaires, sous-muqueux. L'application de deux ou trois sangsues sur le col, un peu avant ou après les règles, peut enrayer le développement de la tumeur. Chez les malades très anémiques, les sangsues seront remplacées par des scarifications. Le froid présente peu d'applications, il tend plutôt à provoquer l'accroissement des fibromes.

Les bains chauds, et surtout les bains avec les eaux chlorurées et sodiques, constituent un des moyens les plus puissants. Deux facteurs entrent

ici en ligne de compte : d'une part la température élevée du liquide, d'autre part l'action chimique de l'eau minérale (combinaison du chlore, du brome et de l'iode avec les alcalis). Ces deux facteurs agissent synergiquement : ils diminuent la congestion des organes génitaux en provoquant l'hypérémie de l'enveloppe cutanée.

Les bains de pied et les bains de siège sont au contraire nuisibles, parce qu'ils appellent le sang vers l'abdomen. La dérivation sur le tube digestif, à l'aide de l'usage prolongé des laxatifs salins, et en particulier des eaux de Marienbad-Kissingen, combinée avec la dérivation cutanée produite par les eaux chlorurées sodiques chaudes, donne les meilleurs résultats. La castration bilatérale, en provoquant la ménopause, fait disparaître l'impulsion que donne périodiquement à la tumeur le retour des époques menstruelles, et les faits sont déjà nombreux dans lesquels on a constaté, à la suite de cette opération, l'atrophie de la tumeur.

Certains médicaments, l'iodure et le bromure de potassium, le chlorure double d'or et de sodium, le chlorure de calcium, le mercure, l'arsenic et le phosphore ont eu et ont encore la réputation de guérir radicalement les tumeurs fibreuses par résorption. Les expériences et les observations de l'auteur sont toutes négatives à ce sujet. Cependant, l'emploi longtemps prolongé de l'iodure de potassium (2 cas), et mieux du bromure de potassium (84 cas), lui a donné des résultats satisfaisants : atténuation des phénomènes douloureux et même diminution de volume de la tumeur. L'iodoforme, à la dose de deux ou trois pilules par jour de 1 décigramme chacune, présente les mêmes avantages (19 cas). Mais la médication la plus efficace pour provoquer la résorption de la tumeur, aussi bien que pour combattre l'état congestif des organes pelviens, réside dans l'emploi des eaux chlorurées sodiques (Kreuznach, Tolz, Halles). A l'aide d'un traitement balnéaire énergiquement dirigé, on peut arriver à faire prédominer momentanément le mouvement d'assimilation sur le mouvement de désassimilation et déterminer la résorption de la tumeur. L'auteur a constaté qu'un traitement de 1 à 3 ans à Kreuznach a pour effet habituel d'arrêter le développement des fibromes, que chez un tiers des malades les tumeurs diminuent notablement de volume, et que dans environ 20 0/0 des cas cette diminution peut atteindre la moitié du volume primitif; enfin, le petit nombre des malades chez qui le développement de la tumeur n'est pas arrêté quitte les eaux de Kreuznach avec amélioration des phénomènes douloureux qui accompagnent la lésion utérine.

Un des effets les plus remarquables des eaux de Kreuznach est leur action tonique sur le muscle utérin; cette action se manifeste fréquemment par de violentes coliques, et parfois par l'expulsion spontanée de la tumeur. L'auteur a observé cinq fois ce dernier phénomène.

L'auteur a employé pendant longtemps l'ergotine sans en obtenir aucun résultat (90 cas). Il a reconnu depuis que les doses injectées étaient beaucoup trop faibles, et que l'on ne peut rien obtenir si l'on ne fait des injections quotidiennes à doses progressivement croissantes. L'auteur emploie, depuis deux ans, l'ergotine Bonjean en solution aqueuse avec quatre parties d'eau au début, et arrive progressivement à la solution à poids égal. Il injecte une seringue de Pravaz par jour : le traitement ne comprend jamais moins de 50 injections et atteint ordinai-

rement le chiffre de 100. Sur 40 malades, la diminution de la tumeur a atteint 13 fois le tiers du volume primitif, 19 fois la moitié, 8 fois la diminution est restée dans des proportions inférieures. Au point de vue de la persistance des résultats acquis, l'auteur n'a rencontré que 2 femmes sur 17 qui, un an après, ne présentaient aucune trace d'accroissement; 11 fois l'accroissement avait repris sa marche, sans avoir atteint la grosseur constatée avant le traitement; 4 fois la tumeur avait regagné, au bout d'un an, son volume primitif. Le traitement peut d'ailleurs se renouveler plusieurs années de suite; il n'est applicable qu'aux fibromes de nature musculaire, non accompagnés d'exsudats para ou périmétriques, et de lésions cardiaques.

Le tamponnement vaginal et la ceinture abdominale élastique ont été préconisés comme moyens curatifs, mais ils n'ont qu'une action palliative; ils diminuent les phénomènes douloureux résultant de la mobilité et du poids de la tumeur. Le tamponnement s'applique aux petits fibromes renfermés dans le bassin, et la ceinture aux fibromes volumineux qui occupent l'abdomen. L'auteur n'a expérimenté ni l'un ni l'autre de ces moyens; mais il en a vu les résultats sur des malades traités en France. Le tamponnement a pour lui l'inconvénient de provoquer le développement de la tumeur, et la ceinture expose au renversement en arrière et, par suite, à la compression du gros intestin et à l'enclavement.

Tout afflux sanguin vers l'utérus, d'origine active ou d'origine passive étant une cause d'accroissement de la tumeur, il est utile de diminuer, autant que possible, la compression qu'exerce la tumeur sur les tissus qui l'enveloppent, et en particulier sur la muqueuse utérine. La dilatation du col avec l'éponge ou la laminaire est le meilleur moyen de faire disparaître cette compression. La dilatation est d'ailleurs le prélude indispensable du traitement par l'ergotine; elle présente en même temps l'avantage de faciliter le diagnostic et d'atténuer tous les accidents qui escortent la tumeur, hémorragie, catarrhe, douleurs dysménorrhéiques et autres.

L'auteur signale pour mémoire le traitement par l'électrolyse, qu'il n'a pas expérimenté lui-même; 11 de ses clientes qui avaient été soumises à ce traitement par d'autres médecins n'en avaient retiré aucun bénéfice, et 3 d'entre elles avaient vu, sous son influence, la tumeur prendre une marche plus rapide.

4° *Traitement des symptômes.* A. Hémorragie. L'auteur préconise surtout l'emploi de l'acétate de plomb et de l'opium. Les injections d'ergotine n'ont jamais donné, entre ses mains, que des résultats douteux. Parmi les moyens locaux, le froid n'est vraiment efficace que sous forme de vessie de glace introduite dans le vagin comme un tampon, ou d'irrigations vaginales continues avec l'eau glacée. L'auteur a abandonné ces moyens locaux d'un emploi difficile, pour recourir exclusivement aux injections vaginales très chaudes (T 38° à 42 R), d'une durée de vingt minutes. L'addition de styptiques, solution de perchlorure de fer, de tannin ou d'alun est inutile; mais l'injection de ces liquides dans la cavité utérine elle-même constitue le moyen le plus puissant pour arrêter l'hémorragie; l'auteur redoute les dangers de pareilles injections et ne croit pas qu'il soit possible de s'en garantir absolument.

En revanche, les crayons d'iodoforme ont permis, sans aucun accident,

d'arrêter les hémorragies les plus violentes. Enfin, dans un grand nombre de cas, le tamponnement vaginal suffit et permet d'éviter l'emploi des moyens plus énergiques qui viennent d'être passés en revue. La principale préoccupation du médecin doit être dirigée moins vers les moyens capables d'arrêter l'hémorragie que vers la recherche des causes anatomiques qui déterminent les hémorragies; l'intervalle intermittent doit être mis à profit pour appliquer les moyens capables de faire disparaître ces causes. Ainsi, dans les cas de cirrhose hépatique ou de stase dans le domaine de la veine porte, il faudra appliquer des sangsues à l'anus ou prescrire l'usage des eaux minérales de Hombourg, Kissingen ou Marienbad, ou administrer un purgatif peu avant les règles. On recommandera d'éviter les boissons excitantes et les causes d'excitation morale. On cherchera à activer l'excès d'activité cardiaque à l'aide du bromure de potassium, ou de l'emploi longtemps prolongé de petites doses de digitale; enfin l'emploi des bains salés (Kreuznach) est considéré par l'auteur comme le traitement le plus efficace, non seulement pour combattre les hémorragies profuses existantes, mais pour prévenir leur retour. R... voit chaque année des malades chez qui le traitement thermal a fait disparaître les règles pendant une année et plus.

B. Dysménorrhée. S'il s'agit de fibromes interstitiels ou sous-muqueux, on calmera les douleurs trop violentes à l'aide de narcotiques administrés par la voie rectale. S'il s'agit de tumeurs sous-séreuses, les douleurs ont le plus souvent pour point de départ une inflammation locale de la séreuse, et le traitement antiphlogistique sera indiqué. Pour calmer les sensations pénibles de tension, le bandage élastique ou les pessaires seront utiles; mais il faut que le pessaire n'exerce aucune pression sur la tumeur. Les accidents résultant de la compression de la tumeur sur les organes voisins nécessiteront la réduction des positions vicieuses de l'utérus ou de la tumeur.

Contre le catarrhe de la muqueuse utérine, l'auteur préconise les injections vaginales très chaudes avec l'eau saline minérale additionnée d'acide phénique, 2 0/0. Ces injections doivent être faites, la malade étant dans le décubitus dorsal et le col préalablement dilaté. L'addition, dans le liquide, d'alun, de sulfate de zinc, de nitrate d'argent, etc., est inutile, de même que l'application de cette substance sur la muqueuse utérine; ce dernier mode expose à des ulcérations dangereuses. En cas de gangrène de la tumeur, le traitement comprendra, outre les injections phéniquées, les bains fréquemment renouvelés et les toniques (Voyez *R. S. M.*, XIX, p. 588.) H. DE BRINON.

**I. — Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Weiblichen Beckenorgane (Anatomie pathologique et pathologie des organes génito-urinaires de la femme), par Eugen FRAENKEL** (*Archiv. f. pathol. Anat. u. Phys., Band XCI, Heft 3, p.* 499).

**II. — The intra-peritoneal method of treating the pedicle in ovariotomy, par Ewing MEARS** (*Transactions of the American surg. Assoc., I, p.* 173).

**III. — On the separation and transplantation of ovarian cysts, par MALINS** (*The Lancet*, 7 *avril* 1883).

**IV. — Kyste de l'ovaire guéri par une injection de vin, par PEDRINI** (*Gazz. med. ital. lomb.*, 17 *février* 1883).

**V. — Ovariotomie faite pour la seconde fois sur la même femme, par F. TERRIER** (*Union médicale*, 23 *décembre* 1883).

**VI. — Ovariotomy twice successfully performed upon the same patient, par CARTER** (*The Lancet*, 16 *juin* 1883).

**VII. — Ovariotomy during pregnancy, subsequent normal parturition, par STORRY** (*The Lancet*, 9 *décembre* 1882).

**VIII. — Enterotomy as complicating ovariotomy, par R.-S. SUTTON** (*Med. News*, 16 *juin* 1883).

**IX. — Ueber die Perforation der Blase durch ein Dermoidcystoma der linken Ovarium (Perforation de la vessie par un kyste), par L. PINCUS** (*Deutsche Zeit. f. Chirurgie, XIX, p.* 1).

**X. — Ueber einige interessanterer Laparotomien, par PROCHOWNICK** (*Deutsche med. Wochensch.*, *n°* 36, 1883).

**XI. — A contribution to the subject of the removal of the uterine appendages for prolonged menstrual troubles, with recurrent pelvic inflammation, par Gaillard THOMAS** (*New-York med. journ.*, 13 *janvier* 1883).

**XII. — Ein Fall von hochgradiger Hysterie durch Kastration geheilt, par Bernh. HEILBRUN** (*Centralb. f. Gynækologie*, *n°* 38, 1883).

**XIII. — A case of two-horned uterus (uterus bicornis) (... Tumeur hématique dans un utérus bicorne, hystérotomie...), par John HOMANS** (*Boston med. and surg. journal*, 9 *novembre* 1883).

I. — E. Fraenkel fait une revue intéressante des causes qui peuvent amener la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire et des modifications que peut à son tour amener cette torsion sur le kyste et les parties intéressées du ligament large. Il rapporte plusieurs observations originales à l'appui des opinions qu'il émet.

La torsion du ligament large se produit très rarement en dehors de toute modification pathologique. Elle se produit au contraire facilement lorsqu'il existe un kyste de l'ovaire inégalement développé, pouvant, par son poids, entraîner la torsion du ligament large qui constitue son pédicule.

Il semble que les kystes dermoïdes soient particulièrement prédisposés à cette torsion. Quelquefois, elle se produit sous l'influence d'un traumatisme, d'un examen médical un peu prolongé, un peu brusque ; d'autres fois, sous l'influence d'un accroissement irrégulier de la tumeur et des adhérences, qu'elle peut contracter avec les organes du voisinage.

La torsion du kyste peut avoir des conséquences qui portent sur le kyste lui-même ou sur les parties avoisinantes. Le kyste peut augmenter de volume et même se rompre ; il peut se faire dans sa paroi et même dans son intérieur des hémorragies ; enfin il peut entrer en suppuration. Dans des cas heureux, la torsion des vaisseaux du hile peut entraver suffisamment la circulation pour que le kyste s'atrophie et même disparaisse presque complètement : il pourrait y avoir là un procédé spontané de guérison.

La torsion peut agir sur les organes voisins et en particulier sur l'in-

testin. Si des adhérences se sont produites, le déplacement du kyste peut amener l'oblitération de l'intestin et produire une véritable occlusion.

Dans les deux premières des observations rapportées, la torsion était survenue à la suite d'un examen médical, d'une palpation un peu prolongée; le kyste s'était rompu et avait déterminé l'apparition d'une péritonite suppurée rapidement mortelle. Dans le troisième cas, il y avait eu des phénomènes d'occlusion intestinale, conséquence de l'adhérence de l'intestin grêle et de la tumeur kystique enflammée à la suite de la torsion. Dans le quatrième cas, un kyste dermoïde gros comme le poing s'était tordu sur son pédicule à la suite d'un effort musculaire exagéré. Le laparotomie fut pratiquée et la guérison eût lieu.

Dans l'observation V, il y eût suppuration du kyste, adhérence au rectum et ouverture par cette voie de la collection purulente. Enfin, dans les deux cas suivants, le kyste de l'ovaire et la partie attenante du ligament large avaient subi une atrophie considérable au delà de la torsion.

Dans la dernière observation, il s'agit d'un cas de tuberculose de la vessie et des uretères chez la femme. A. MATHIEU.

II. — L'auteur a voulu juger expérimentalement la valeur des divers procédés de traitement du pédicule; il donne, dans ce travail, le résumé des premières expériences encore en voie d'exécution. M. Dowell, qui pratiqua la première ovariotomie (1809), attacha le pédicule dans la suture des parois de l'abdomen. Nathan Smith (1821) est le premier qui ait pensé à réduire le pédicule dans l'intérieur de la cavité.

Les expériences de Mears ont été faites sur des lapines auxquelles il extirpait les deux ovaires. Dans un premier cas, il lia le pédicule d'un côté avec du catgut ordinaire, de l'autre avec du catgut ayant trempé trois semaines dans une solution d'acide chromique au 5e. L'animal fut tué au bout de deux semaines. On trouva les deux ligatures complètement englobées (*encapsuled*) dans une masse de lymphe plastique qui couvrait même les nœuds de la ligature et réunissait en une espèce de masse solide les deux parties du pédicule au-dessus et au-dessous de l'étranglement produit par le fil.

Chez une seconde lapine, on lia un ovaire avec du fil de soie, un autre avec du fil ordinaire ; les deux fils avaient trempé dans une solution phéniquée au 20e. L'animal fut tué au bout de 4 semaines. Les deux ligatures n'avaient pas disparu, mais elles étaient déjà envahies par la lymphe plastique et en voie de désintégration et d'absorption. A. C.

III. — L'auteur appelle l'attention sur le processus bizarre par lequel certains kystes ovariens, attirés par les adhérences qu'ils ont contractées avec une région plus ou moins éloignée de leur point de départ, tiraillent leur pédicule, qui finit par s'atrophier et se rompre, laissant la tumeur vivre et se développer au moyen de vaisseaux adventices formés dans l'épaisseur des néomembranes. H. BARTH.

IV. — Femme de 39 ans, porteuse d'un volumineux kyste de l'ovaire. Œdème des membres inférieurs, congestion pulmonaire, émaciation, état général assez grave. Une ponction donne issue à 72 litres de sérosité citrine.

L'auteur eut l'idée d'injecter un litre de vin blanc dans la poche ; le liquide fut laissé une heure en contact. La réaction fut très vive, et pendant une semaine la vie de la malade fut en danger. La guérison fut parfaite et 6 ans plus tard on ne trouvait pas la moindre trace du kyste.

V. — Femme de 33 ans, opérée d'un kyste de l'ovaire, le 28 juillet 1879.

L'opération présenta quelques difficultés ; il y avait des adhérences pariétales, épiploïques et intestinales. Le kyste siégeait sur l'ovaire gauche et contenait 7 litres de liquide verdâtre. Pendant l'opération, on s'assura de l'état de l'ovaire droit, il fut trouvé sain.

La malade guérit sans incidents et le bon état de santé se maintint jusqu'en avril 1883. A ce moment, la malade constata que son ventre augmentait de volume, et commença à éprouver quelques douleurs. On constate bientôt après tous les signes d'un kyste ovarique. L'opération est faite le 24 juin 1883. On extrait un kyste multiloculaire, partant de l'ovaire droit, renfermant cinq litres de liquide et pesant 1,440 grammes. Comme la première fois, il existait des adhérences. La première opération n'a nullement gêné la seconde intervention : cependant la peau et les plans aponévrotiques étaient confondus, e l'on est arrivé directement jusque dans la cavité péritonéale en incisant des tissus indurés, cicatriciels. L'opérée partait guérie le 20 juillet. A. C.

VI. — Une femme de 32 ans, ayant eu cinq enfants et une fausse couche', fut envoyée à l'auteur avec le diagnostic de kyste de l'ovaire. Son ventre avait commencé à grossir six mois auparavant, à la suite de sa dernière couche. Au premier examen, on trouva l'abdomen volumineux, distendu, proéminent ; les muscles droits étaient largement séparés, et dans les efforts le contenu de la cavité abdominale faisait saillie entre eux ; le ventre était mou et dépressible jusqu'à la colonne vertébrale, on n'y pouvait déterminer aucune tumeur ; le toucher vaginal faisait constater un abaissement considérable de l'utérus, avec saillie du cul-de-sac postérieur, mais sans dureté ni résistance; il y avait une matité incomplète remontant jusqu'à trois pouces au-dessus de l'ombilic et se modifiant un peu dans les changements de position. — On diagnostiqua un kyste ovarique rompu dans le péritoine, et on pratiqua l'opération : la cavité péritonéale était, en effet, remplie d'une matière brunâtre, épaisse et visqueuse, emplissant les intestins; dans le bassin se trouvait une tumeur, attachée à la corne utérine gauche par un volumineux pédicule, formée de plusieurs petits kystes à différents degrés de développement et de l'enveloppe rompue d'un grand kyste dont le contenu s'était évidemment répandu dans la cavité abdominale. La tumeur, qui pesait plus de trois livres, fut extirpée après ligature du pédicule, et plus de vingt et une pintes de matière colloïde furent retirées de l'abdomen, sans qu'il fût possible de débarrasser les intestins de l'enveloppe visqueuse qui les engluait. La malade guérit sans incidents. — Trois ans et demi plus tard, elle se présenta de nouveau, à peu près dans le même état que la première fois : le ventre volumineux et distendu, la cicatrice opératoire amincie, une matité incomplète et mal délimitée remontant jusqu'à deux pouces et demi au-dessus de l'ombilic, pas de tumeur nettement appréciable, fluctuation obscure mais positive. On en conclut qu'elle avait un nouveau kyste dans l'ovaire droit, et que celui-ci s'était rompu à son tour. L'opération justifia ce diagnostic : à peine la cavité abdominale était-elle ouverte qu'on vit s'en échapper une épaisse gelée très semblable à celle qui remplissait le ventre la première fois; cette masse, qui recouvrait les intestins et les autres organes, offrait les colorations les plus variées, depuis le jaune-serin jusqu'au vert-olive foncé; elle provenait évidemment de plusieurs poches distinctes. En effet, l'ovaire droit était transformé en une tumeur pédiculée portant à sa surface une foule de kystes à parois minces, la plupart rompus et vidés. Le poids de cette tumeur était de deux livres trois quarts, celui des produits gélatiniformes qu'il fut possible d'enlever atteignait vingt-cinq livres; après avoir reconnu le pédicule du kyste ovarique gauche (qui était réduit au volume d'un pois) et exploré les divers organes intra-abdominaux qui furent trouvés sains, on nettoya le mieux possible les anses intestinales et on fit le pansement ordinaire. Il y eut pendant quelques semaines un peu d'écoulement,

d'abord séreux, puis purulent par la plaie, mais celle-ci finit par se cicatriser, et depuis lors la malade se porte bien.

VII. — Une femme de trente ans, mère de quatre enfants, fut admise à l'hôpital le 1er avril 1882, pour une tumeur ovarienne dont le début semblait remonter à dix-huit mois. Elle avait cessé de voir ses règles depuis le mois de janvier et pensait être enceinte. Le 11 avril on procéda à l'opération, et on extirpa sans beaucoup de difficultés un kyste ovarique volumineux, dépourvu d'adhérences; on ne toucha point à l'utérus, qui était manifestement augmenté de volume. — La plaie abdominale fut réunie par des sutures au catgut et un tube à drainage disposé dans son extrémité inférieure. La guérison eut lieu sans incident en moins de trois semaines, et le 18 octobre suivant, la malade accouchait d'une belle petite fille. H. BARTH.

VIII. — Femme de 50 ans, pâle, profondément amaigrie, se plaignant de douleurs et de difficultés horribles pour aller à la garde-robe. L'abdomen est plat, l'utérus en position normale ; à gauche de l'utérus et en avant du rectum, on sent par le palper abdominal et le toucher vaginal une masse du volume d'un œuf de dinde, douloureuse à la pression, que l'auteur supposa être l'ovaire hypertrophié et hyperesthésique. Il refusa toute opération ; mais en présence des douleurs intolérables, de l'aggravation de la santé générale, il finit par se décider, sur la volonté formelle de la malade.

A l'ouverture de l'abdomen, on reconnut que cette masse se composait de l'ovaire, de la trompe, du ligament large et d'une petite anse intestinale, ne formant qu'un tout adhérent au fond de l'utérus. L'intestin était épaissi, enflammé.

L'auteur essaya de détacher l'anse intestinale avec le doigt; il y était à peu près parvenu lorsque l'anse se rompit brusquement. Il appliqua aussitôt deux pinces sur les deux bouts, détacha complètement les adhérences circonvoisines et réséqua quatre pouces d'intestin; il fit ensuite la suture et enleva l'ovaire et les tissus adhérents, en portant une ligature à la base de cette masse conglomérée. Un tube à drainage fut laissé dans le bassin et le ventre refermé. L'opération avait duré une heure, sans spray. Les sutures avaient été faites avec la soie chauffée, non phéniquée.

Le tube fut enlevé au bout de 47 heures. Le rectum fut vidé le 12e jour et régulièrement les jours suivants. Le 20e jour, les garde-robes se faisaient spontanément. Le 25e jour la malade se levait. A. C.

IV. — Une femme de 27 ans, toujours bien portante, fut atteinte de pelvi-péritonite consécutive à un premier accouchement. Elle accoucha pour la seconde fois, 20 mois après. Tout se passa sans difficulté; mais la malade garda un gonflement de l'hypogastre gauche qui peu à peu envahit la ligne médiane, sous forme d'une tumeur assez facilement limitable. Aucun dérangement des règles. Les urines furent plusieurs fois laiteuses après le premier accouchement; après le second, elles devinrent quelquefois purulentes.

La malade fut admise à l'hôpital 2 ans après sa première grossesse, pour qu'on remédiât à la tumeur abdominale.

On constata que la tumeur sentie par le vagin et l'abdomen est située au-dessus et en arrière de la vessie, dans laquelle elle s'est rompue, ce que prouve la purulence des urines. Le toucher vésical, après dilatation progressive de l'urètre d'après la méthode de Simon, permet de constater et d'élargir l'orifice et de sentir que le kyste est multiloculaire. La tumeur adhère au bord gauche de l'utérus. La malade supporte sans grands accidents cette exploration, qui fut suivie de l'évacuation d'une grande quantité de pus présentant des cellules épithéliales dégénérées, et très fétide.

On porta, à cause de l'odeur de la sécrétion, de la présence des cellules dégénérées et de la forme compliquée de la grosseur, le diagnostic de kyste dermoïde rompu dans la vessie, et on pratiqua l'ovariotomie. Le kyste, très adhérent à l'épiploon, l'est plus encore à la vessie, et on déchira cette der-

nière adhérence en tirant sur lui ; il s'écoule aussitôt une sanie fétide, on voit sortir des cheveux et on constate l'insertion de deux dents sur la paroi de la poche. Le pédicule est constitué par celui de l'ovaire gauche. Il est lié, sectionné et réduit après avoir été très désinfecté. Il reste encore l'adhérence à la vessie qui est enlevée ; le réservoir urinaire est perforé en cet endroit. On le suture à l'aide de fils de soie. Puis, la toilette du péritoine faite, le ventre est refermé après drainage du cul-de-sac de Douglas.

L'opérée guérit après avoir eu un abcès abdominal.

L'auteur fait ressortir la rareté de l'observation, les grands services rendus au point de vue palliatif et surtout diagnostique par l'exploration de la vessie après dilatation du canal de l'urètre.

C'est grâce à elle que Czerny a pu penser à un kyste de l'ovaire ouvert dans la vessie.

Suit un exposé complet des travaux publiés sur la rupture des kystes ovriques dans la vessie, et en particulier sur celle des kystes dermoïdes.

E. SCHWARTZ.

X. — 1° Mar. B..., 29 ans, atteinte de périmétrite consécutive à un accouchement, présente une paralysie du membre inférieur droit qui est le siège, ainsi que le côté correspondant de l'abdomen, de douleurs vives. Hémorragies abondantes. En juin 1879, on constate une déchirure profonde de la portion vaginale du col ; de là part une bride très sensible au toucher, allant vers l'ovaire droit. On fait à la malade une première opération qui a pour but de détruire cette bride et qui améliore la paralysie.

En février 1880, symptômes de grossesse. Elle avorte au mois d'avril. Hémorragie abondante. A ce moment la paralysie reparaît avec les douleurs.

L'auteur se décide à pratiquer la castration le 3 mars 1881. Il extirpe les deux ovaires hypertrophiés et une partie de la trompe droite. La malade guérit, et au bout de cinq mois on constate qu'elle marche sans présenter autre chose qu'une légère claudication.

Au mois de mars 1882, hypertrophie considérable du col avec saillie à la vulve, nécessitant l'amputation. Guérison.

2° Fille de 32 ans, ayant depuis cinq ans d'abondantes ménorragies dues a un myome utérin de la grosseur d'une pomme. Après un an et demi de traitement interne sans succès, l'auteur se décide à pratiquer la castration. Il enlève avec les ovaires une partie des trompes. Bien que l'opération ait été faite cinq jours après la cessation des règles, elle est suivie, au bout de trois jours, d'une métrorragie modérée. La malade se lève le 15e jour. Le 23e jour, faible écoulement sanguin. Quatre semaines après, l'écoulement se répète puis les règles cessent définitivement. Le myome ne se modifie pas, mais l'état général s'améliore notablement.

3° Fille de 25 ans, atteinte de dysménorrhée depuis six années avec crises hystériques qui s'accentuent d'une façon progressive. L'utérus est en antéflexion, les ovaires sont sensibles à la pression. Le traitement local (redressement, dilatation du col, galvanisation) et le traitement général n'ayant donné pendant une année aucun résultat, le chirurgien extirpe les deux ovaires. Pendant trois jours, après l'opération, métrorragies. Dans la suite l'écoulement des règles n'apparaît plus que deux fois. Les crises nerveuses diminuent, puis cessent, et la santé devient bonne.

4° Mme B..., 32 ans, mariée depuis neuf ans, a éprouvé depuis son mariage des douleurs vives à l'abdomen avec irradiations au membre inférieur gauche, douleurs qui s'accentuent à l'époque des règles et s'accompagnent de manifestations hystériques diverses. L'ovaire droit paraît hypertrophié, le gauche est excessivement sensible. Tous les traitements ont échoué. L'auteur extirpe les deux ovaires, qui sont manifestement enflammés. Après l'opération, mé-

trorragie durant cinq jours. Les douleurs cessent en grande partie, mais l'auteur n'est pas encore en mesure de renseigner sur les résultats éloignés.

Dans les deux observations qui suivent, il s'agit de l'extirpation d'un seul ovaire.

Voici enfin une laparotomie dans un cas de tumeur kystique de l'appendice vermiculaire du cœcum.

Mme S..., 36 ans, est atteinte en 1881 de coliques avec alternatives de diarrhée et de constipation. Elle a de plus un lombago fort pénible qui s'accentue au moment des règles. Examinant la patiente en décembre 1882, l'auteur trouve une tumeur en forme de boudin, très mobile, facile à refouler dans le petit bassin, et paraissant dépendre des annexes de l'utérus à droite. Il constate que la présence de cette tumeur dans le bassin provoque la constipation et les coliques, et que son déplacement est suivi de diarrhée. Il hésite dans le diagnostic entre une tumeur de l'ovaire ou un kyste mésentérique.

Laparotomie en janvier 1883. Rien dans les ligaments larges. Il s'agit d'un kyste en forme de pois retenu à l'appendice vermiforme par un pédicule épais comme le petit doigt et assez long ; le pédicule est seul découvert par le mésentère, aussi le kyste jouit-il d'une grande mobilité dans l'abdomen. Il contient un liquide jaunâtre, alcalin, chargé d'un peu d'albumine et d'une grande quantité de chlorure de sodium.

L'opérée guérit complètement. C'est le premier exemple d'extirpation d'un pareil kyste. Cette tumeur constitue du reste une rareté pathologique décrite par Virchow comme kyste par rétention, signalée aussi par Rokitansky et par Klebs dans leurs traités. L. GALLIARD.

XI. — L'auteur rappelle brièvement la théorie émise récemment par Tait, qui considère la menstruation comme un phénomène absolument étranger aux ovaires, mais dépendant des trompes de Fallope, et qui préconise l'extirpation des ovaires et des trompes dans les cas de dysménorrhée persistante avec inflammation pelvienne à répétition.

A l'appui de cette manière de voir, il relate quatre faits dans lesquels l'intervention opératoire a démontré que les troubles menstruels et la pelvi-péritonite à répétition étaient bien dus à une hydropisie des trompes accompagnée d'ovarite chronique exactement comme Tait l'a décrit.

1° Femme de 30 ans, réglée à 14 ans, mère à 22; prise 18 mois après son accouchement de symptômes brusques de pelvi-péritonite qui l'ont retenue une semaine au lit; depuis cette époque, dysménorrhée confirmée, douleurs des pelviennes atroces, d'abord au moment des règles, puis en dehors des règles, rendant la marche et toute occupation impossible; depuis six mois, ménorragies très abondantes. — Incision exploratrice sur la ligne blanche; trompes de Fallope grosses comme des saucisses et ressemblant au toucher à des anses d'intestin grêle; ovaires kystiques gros comme des noix; extirpation des trompes et des ovaires; guérison.

2° Femme 35 ans, mariée depuis trois ans, accouchée il y a 18 mois; depuis neuf mois, pelvi-péritonites répétées; menstruation imparfaite, difficile et irrégulière; leucorrhée et difficulté de la marche, sensibilité excessive à la pression dans les régions ovariennes et tout autour de l'utérus. — Opération : on trouve les ovaires à peine altérés, mais les trompes sont distendues par de grandes quantités de pus et adhèrent aux parois pelviennes par des néo-membranes très solides; extirpation des trompes et des ovaires; guérison.

3° Jeune fille de 22 ans, réglée à 14 ans et en proie depuis cette époque à une violente dysménorrhée; les crises douloureuses, d'abord limitées à l'époque des règles, sont depuis un an presque continuelles; leur violence est

parfois si grande qu'il faut recourir à la narcotisation, et le pouls faiblit souvent au point de faire craindre une syncope. L'examen ne révèle qu'un léger engagement des ovaires, avec sensibilité à la pression. — Extirpation des ovaires et des trompes; ces dernières sont augmentées de volume et infiltrées de pus; guérison complète et cessation absolue des douleurs.

4° Jeune fille de 27 ans, réglée à 14; depuis lors dysménorrhée simple; crises douloureuses, violentes, limitées à l'époque menstruelle; il y a deux ans, attaque de pelvi-péritonite aiguë, qui s'est répétée à plusieurs reprises, souffrances continuelles, marche impossible, émaciation extrême. — La mort semblant prochaine, l'opération est décidée en dernier ressort; on trouve les ovaires parsemés de petits kystes, mais peu altérés, du reste; les trompes sont distendues par du pus dans toute leur longueur et maintenues par des adhérences très nombreuses et très difficiles à rompre; on extirpe néanmoins les trompes et les ovaires. Mort au 6e jour par péritonite avec peu de réaction.

H. BARTH.

XII. — Jeune fille de 24 ans, n'ayant pas quitté le lit depuis sept ans, par suite de contracture musculaire avec hyperesthésie généralisée. La contracture avait débuté par le membre inférieur gauche et avait gagné progressivement tout le système musculaire, et en particulier les muscles masticateurs. L'hyperesthésie était telle que le moindre attouchement provoquait des contractions cloniques de tout le corps et des signes de violente douleur. Une forte pression sur la région ovarienne gauche procurait un peu de soulagement. Pour transporter la malade de son domicile à la clinique privée du Dr Michelsen, où avait lieu l'opération, on fut obligé de la soumettre à l'anesthésie par le chloroforme, sous la surveillance d'un médecin. L'ablation des ovaires ne présenta aucune difficulté; la convalescence fut complètement apyrétique, et la plaie abdominale guérit par première intention. La contracture musculaire disparut dans le même ordre où elle avait paru; les muscles masticateurs ne reprirent leurs fonctions qu'au bout de 3 semaines; mais dès le 2e jour après l'opération l'amélioration s'était manifestée par l'absence des phénomènes douloureux provoqués par la pression. Cinq semaines après l'opération, la malade retournait chez elle guérie. La menstruation n'a reparu qu'une fois, 3 mois après l'opération. Depuis 10 mois, aucun trouble nouveau ne s'est produit, et la malade peut faire à pied une marche de une heure et demie. L'examen histologique des ovaires n'a pas été pratiqué.

H. DE BRINON.

XIII. — Jeune fille de 18 ans, réglée à 14 ans. La menstruation a toujours été irrégulière. Deux ans avant l'époque où elle se soumit aux soins du Dr Homans, elle s'était aperçue du développement d'une tumeur de l'abdomen.

On constate, en effet, la présence d'une tumeur remplissant le bassin et remontant jusqu'à l'ombilic, fluctuante et sans adhérences appréciables, distendant les culs-de-sac vaginaux.

Opération le 11 avril 1883. Incision du pubis à l'ombilic, qui met à jour un large foyer d'hématocèle; en détachant les caillots, on trouve une tumeur semi-globuleuse qui n'est autre que l'utérus distendu par du sang.

L'ovaire et la trompe du côté sont liés; l'ovaire gauche est également lié et on trouve une masse dure, allongée en connexion avec la trompe gauche.

Il s'écoula plusieurs livres de liquide sanguin noirâtre; l'utérus se rétracta un peu; mais on ne put trouver d'orifice communiquant avec le vagin.

L'auteur reconnaissant qu'il s'agit d'un utérus bicorne et que la partie ponctionnée est sans communication avec le vagin, se décide à pratiquer l'hystérotomie, en enlevant en même temps les trompes et les ovaires. La malade sortait bien guérie le 30e jour.

Suit une description détaillée de la pièce anatomique. A. C.

I. — **Dreizig Laparotomien. Ein Beitrag zur Ovariotomie, Castration und Amputatio supra vaginalis Uteri fibromatosi, par G. LEOPOLD** (*Archiv. f. Gynækologie, Band XX, Heft* 1).

II. — **Ueber die Extirpation gutartiger Bauchgewächse, par E. ROSE** (*Deutsche Zeit. f. Chirurgie, Band, XIX, p.* 24).

III. — **On the differential diagnosis of the various forms of fibroid tumours of uterus, par Alfred MEADOWS** (*Brit. med. journ., p.* 716, *octobre* 1883).

IV. — **On the operative treatment of uterine fibromyomata, par Knowsley THORNTON** (*Ibidem, p.* 712, *octobre* 1883).

V. — **Kavernöses Myom des Fundus Uteri, Laparotomie, Heilung, par EBNER** (*Wiener med. Wochensch., n°* 16, 1883).

VI. — **Ueber Mannskopfgrosser interstitielle Myofibrom des Uterus (Myofibrome utérin plus gros qu'une tête d'adulte; extirpation par le vagin), par RIEDINGER** (*Ibidem, n°* 20, 1883).

VII. — **Zweikinderkopfgrosses interstitielles und Orangegrosses subseröses Myofibrome des utérus, par MIKULICZ** (*Ibidem, n°* 10, 1883).

VIII. — **Kystes dermoïdes ovariens et fibromes utérins, par QUEIREL** (*Bull. Soc. de chir., p.* 243, 1882).

IX. — **A case of hysterectomy for uterine fibromata, par W. WALTER** (*Brit. med. journ., p.* 718, *octobre* 1883).

X. — **Zur vaginalen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus nebst Bericht über zwei von der Operation genesen Fälle, par M. SÄNGER** (*Archiv f. Gynækologie, Band XXI, Heft* 1).

XI. — **Totalexstirpation des Uterus, par C. BRENDEL** (*Centralbl. f. Gynækol., n°* 44, 1883).

XII. — **Deux cas d'extirpation totale de l'utérus à travers le vagin, par Otto ENGSTRÖM** (*Finska läkar. Handlingar, Band, XXVI, n°* 6).

XIII. — **Extirpation of the uterus, par Paolo DE VECCHI** (*San Francisco Western Lancet, mai* 1883).

XIV. — **Ein Fall von Exstirpatio Uteri prolapsi vaginalis, par DUVELIUS** (*Cent. f. Gynækol., n°* 32, 1882).

I. — Les 30 opérations de laparotomie, qui forment la base de cette étude, comprennent 17 ovariotomies, 7 castrations ou tentatives de castration, et 6 amputations supravaginales de l'utérus. Les précautions dont s'entoure l'auteur, dans chacune de ses opérations, font l'objet d'une exposition très détaillée. Le spray phéniqué a été abandonné dans les douze dernières opérations. Sur les 30 opérées, il y a eu 7 morts : 4 à la suite d'ovariotomie, 1 à la suite de castration, 2 à la suite d'amputation utérine. La mort a été causée, dans les 4 cas d'ovariotomie, 2 fois par une infection septique, 1 fois par sténose intestinale, 1 fois par épuisement; dans le 5e cas (castration), par hémorragie à la surface d'un volumineux fibrome sous-muqueux; dans les 2 derniers cas (amputations supravaginales), par le choc traumatique et par péritonite septique. Une de ces causes de mort mérite une mention spéciale : mort par sténose intestinale à la suite d'ovariotomie.

Il s'agissait d'une femme chez laquelle les deux ovaires étaient transformés en kystes énormes : l'ablation de ces kystes avait eu lieu dans de trop grandes difficultés : les trois premiers jours s'étaient écoulés sans fièvre ; la malade succomba le 7e jour avec du météorisme et des vomissements bilieux et fécaloïdes. A l'autopsie, on trouva les deux pédicules qui avaient été abandonnés dans l'abdomen, réunis par de solides adhérences avec le gros intestin, et celui-ci réduit par le fait de ces adhérences au volume de petit doigt.

L'auteur a pratiqué deux fois la castration en vue d'atténuer les troubles dysménorrhéiques, développés au point de compromettre gravement la santé : il résulte pour lui de ces deux faits, que lorsque les troubles dysménorrhéïques existent depuis longtemps, il n'est pas prudent de compter sur une guérison, alors même que ces troubles reposent sur une lésion anatomique des organes génitaux : le système nerveux est tellement ébranlé, que les phénomènes morbides se reproduisent même après la disparition de l'organe qui est le point de départ de la maladie.

La castration ou la ligature des vaisseaux ovariens a été pratiquée quatre fois, en vue d'arrêter les hémorragies résultant de la présence des fibromes utérins. L'une des malades a succombé à une hémorragie, huit heures après l'opération (le fibrome sous-muqueux avait été en partie expulsé dans le vagin). Chez une autre opérée, les hémorragies, après avoir cessé pendant deux mois, revinrent dans les conditions primitives. Chez les deux autres opérées, la ménopause s'établit définitivement après l'opération.

L'auteur consacre la dernière partie de ce travail à l'exposition de sa méthode de traitement du pédicule dans l'hystérotomie : avant de détacher la tumeur, on dissèque le péritoine tout autour de la tumeur en forme de manchette, et les deux lambeaux opposés du péritoine sont retournés sur la face saignante du moignon et accolés dos à dos, par des ligatures profondes et superficielles. Les deux dernières opérées, chez qui cette méthode a été appliquée, n'ont pas eu trace de fièvre. Les tumeurs étaient de la grosseur d'une tête d'adulte : les ovaires avaient été enlevés en même temps, et le nombre des ligatures n'avait pas été inférieur à trente. Les deux opérées se sont levées au 14e jour et sont rentrées chez elles du 18e au 20e jour. H. DE BRINON.

II. — Dans un premier chapitre, l'auteur se demande quelle peut être la cause des morts subites avec phénomènes de dyspnée et de collapsus chez les individus auxquels on vient d'enlever des tumeurs très volumineuses du ventre. Ce fait est surtout remarquable pour les gros fibromyomes utérins qui nécessitent l'hystérectomie, mais il survient aussi à propos d'autres volumineuses tumeurs abdominales, comme le montre un cas d'extirpation de sarcome de la paroi, avec ouverture du péritoine. Ce n'est pas la perte du sang qui a été minime, ce n'est pas non plus la péritonite septique qui a tué les opérés. Dans trois cas dont il a eu l'occasion de faire l'autopsie, Rose a trouvé deux fois une dilatation du cœur droit avec et sans atrophie musculaire, une autre fois une dégénérescence fibreuse d'un côté du diaphragme. Il se demande s'il n'y a pas là une relation de cause à effet, si ces lésions cardiaques et diaphragmatiques ne sont pas le fait du développement de l'énorme tumeur du ventre, et si elles n'ont pas, par elles seules, amené rapidement la mort.

Ces lésions du cœur peuvent n'être que fonctionnelles et disparaître complètement après la mort.

C'est ainsi que Rose a opéré une femme d'un énorme kyste de l'ovaire; elle avait au cœur un souffle systolique très intense qu'on mit alors sur le compte d'une lésion organique, d'autant plus que le ventricule droit était très dilaté.

L'opérée mourut subitement deux jours après au milieu du collapsus et de la cyanose.

A l'autopsie, aucune lésion du cœur appréciable. L'auteur appelle l'attention des chirurgiens sur ces faits.

Le chapitre suivant est consacré à l'exposé de la méthode suivie par Rose pour la laparohystérectomie.

Il réduit le pédicule, qu'il soit formé par l'utérus ou non, après l'avoir lié en plusieurs parties, s'il le faut, et suturé d'après le procédé de Schrœder.

Pour la suture abdominale, il évite de toucher aux muscles; il ne prend que la peau et le péritoine, et fait en sorte que les surfaces séreuses soient bien adossées l'une à l'autre. Il ne draine généralement pas le péritoine. Quant aux tumeurs non pédiculées de l'utérus, il fait, avec la séreuse qui les recouvre, deux lambeaux qu'il suture ensuite de façon à ne pas avoir de plaie dans l'intérieur de l'abdomen. Une observation suivie de guérison montre que l'on peut obtenir de bons résultats par cette manière de faire.

D'après Rose, il ne faut pas attendre trop longtemps pour opérer les tumeurs abdominales qui croissent. Souvent, quand la malade réclame l'intervention, il est trop tard, et l'on s'expose alors à ces accidents de collapsus et de cyanose. SCHWARTZ.

III. — Les symptômes des fibromes utérins se groupent autour de trois chefs principaux, troubles menstruels, pertes blanches ou hémorragie et douleur. Ces trois ordres de symptômes ne manquent jamais, mais sont très diversement associés.

La douleur et les sécrétions irrégulières marchent en sens inverse : beaucoup de douleur s'associe en général à de faibles pertes blanches, et réciproquement les métrorragies se rencontrent rarement en même temps que les douleurs.

Celles-ci sont-elles vives, il y a chance pour que le fibrome occupe la paroi utérine au voisinage du péritoine : dans les formes hémorragiques, il s'agit de fibromes sous-muqueux. Plus la tumeur proémine dans la cavité de l'utérus, plus elle provoque de sécrétion muqueuse. Ceci est vrai, non seulement pour la période cataméniale, mais pour les intervalles des règles. Rien n'est plus commun que de voir des écoulements leucorrhéiques qui se teignent de sang et dégénèrent en vraies métrorragies; en cas de fibromes sous-muqueux, surtout s'ils se pédiculisent et prennent les allures des polypes. Les métrorragies n'arrivent presque jamais dans les volumineux fibromes interstitiels et sous-péritonéaux.

Inversement, la douleur donne des indications précieuses. Elle ne manque jamais dans les fibromes sous-péritonéaux, surtout au moment des règles : elle se montre de préférence lorsque la tumeur siège sur la paroi antérieure de l'utérus, au voisinage du fond de l'organe. En pareil cas, elle se fait sentir dans la région dorsale inférieure ou lombaire supé-

rieure. La tumeur occupe-t-elle le corps de l'utérus, elle retentit dans la région lombaire seulement : occupe-t-elle le col utérin, elle a son maximum dans la région sacrée. Ces indications sont d'ailleurs forcément vagues, car toutes les lésions utérines déterminent des douleurs analogues.

Les autres signes différentiels sont fournis par la palpation, le toucher vaginal, la sonde utérine. Tous ces moyens sont passés en revue par l'auteur, sans donner lieu à aucune remarque nouvelle.

IV. — L'auteur distingue plusieurs catégories de myomes utérins, très différents au point de vue opératoire :

1° *Fibromyomes sous-péritonéaux*. Ce sont les plus rares, mais les plus aisément opérables, quand ils sont pédiculés et qu'on peut sentir le pédicule. En pareil cas, l'opération est facile et ses suites relativement bénignes. L'auteur a opéré trois malades de ce genre qui toutes ont guéri rapidement. Il étreint le pédicule avec un fil d'argent plutôt qu'avec un serre-nœud ou avec le fer rouge.

L'opération est plus délicate quand le fibrome est sessile : on l'enlève en pareil cas par une double incision, et on suture ensuite la paroi utérine. Quelquefois des hémorragies consécutives sont à craindre. L'auteur a perdu une malade de cette complication.

2° *Fibromyomes interstitiels*. Ce sont les plus importants et les plus graves qui entraînent les opérations les plus aléatoires. La mortalité en pareil cas est telle qu'on doit se demander s'il y a indication d'opérer. L'auteur répond qu'on ne doit tenter l'intervention chirurgicale qu'à la dernière extrémité, lorsqu'il est manifeste que les malades sont près de mourir si l'on reste dans l'expectation. L'hystérotomie est alors la seule ressource.

On peut la pratiquer de deux façons, ou en enlevant tout l'utérus par l'abdomen, ou en faisant la résection du fibrome par transfixion et écrasement linéaire, à l'aide du serre-nœud. L'auteur s'élève contre cette dernière pratique, qui, dans ses mains, a été désastreuse : dans les trois opérations de ce genre qu'il pratiqua, la mort survint toujours par septicémie. Au contraire, l'ablation totale de l'utérus donne de meilleurs résultats.

Thornton a pratiqué l'hystérectomie sus-vaginale douze fois, en enlevant chaque fois les deux ovaires. Il entre dans le détail du manuel opératoire employé dans les différents cas, et donne la statistique finale : sept guérisons et cinq morts : c'est donc une opération qui ne doit se faire qu'en désespoir de cause et qui n'a quelque chance de réussir que quand on fait un pédicule du moignon utérin et qu'on le laisse en dehors de la plaie, sans quoi on a de la septicémie.

Pour la plupart des fibromyomes interstitiels, l'auteur donne la préférence à la méthode indirecte qui consiste à enlever les annexes de l'utérus et à faire ainsi atrophier secondairement la tumeur. Il a pu faire quinze opérations de ce genre, toutes ont guéri, dix ont complètement cessé d'être menstruées, et n'ont plus trace de leur tumeur, cinq restent irrégulièrement menstruées, et leur tumeur a diminué des deux tiers. C'est donc une opération de tous points favorable. Il faut avoir soin seulement de lier les vaisseaux tubo-ovariens très près de l'utérus, pour supprimer autant que possible la circulation supplémentaire au moment de la fluxion cataméniale.

L'auteur conseille cette opération dans tous les cas où les fibromes déterminent non seulement des phénomènes de compression de la vessie et du rectum, mais des douleurs vives ou des hémorragies profuses. Il préfère opérer de bonne heure, car il a observé que la présence d'adhérences anciennes péri-utérines ralentit beaucoup le mouvement de régression des fibromes. H. R.

V. — Le myome caverneux de l'utérus a été décrit pour la première fois par Virchow, qui lui donne encore l'épithète de télangiectasique, et le compare au corps caverneux du pénis, à cause du développement considérable des vaisseaux qui le constituent. Cette tumeur a été observée encore par Léopold, Weber, Johannowsky et Breisky, qui la décrivent soit comme sarcome, soit comme myome télangiectasique.

A ces rares observations vient s'ajouter le fait suivant : Femme de 56 ans, ayant eu deux grossesses, pâle, anémique, amaigrie, portant une tumeur abdominale volumineuse, immobile, manifestement fluctuante, et qui semble constituée par un kyste multiloculaire de l'ovaire. La malade raconte qu'elle souffre depuis cinq ans ; il y a 4 ans elle a été atteinte de péritonite. Après les dernières périodes menstruelles elle remarquait une diminution de volume de l'abdomen, ce symptôme a été noté par Virchow, et au moment de la ménopause, c'est-à-dire il y a trois ans, la tumeur s'était amoindrie d'une façon notable. Dès lors, il y eut un arrêt d'une année, puis l'accroissement reprit une intensité nouvelle. Jamais de métrorragie.

Le 16 octobre 1882, Rzehaczek (de Graz) pratique la laparotomie. Large incision de la paroi abdominale ; ponction de la tumeur, qui fournit un liquide foncé, rapidement coagulable et paraissant constitué par du sang veineux ; rupture des adhérences qui unissent la tumeur au péritoine pariétal, aux anses de l'intestin et à l'épiploon. Ces adhérences contiennent de gros vaisseaux qui nécessitent l'application de 56 ligatures ; le chirurgien est obligé de les pratiquer en toute hâte, car l'ablation du trocart a été suivie d'une hémorragie très abondante et très menaçante. La tumeur s'insère sur le fond de l'utérus par un pédicule large de 2 centimètres 1/2, qu'on lie et qu'on incise. L'utérus n'est pas hypertrophié. Toilette du péritoine et sutures.

La malade ayant perdu, pendant les deux heures de l'opération, une énorme quantité de sang, tombe dans le collapsus. On la ranime au moyen d'injections d'alcool. Le soir elle a 108 pulsations et 37°7. Dans la suite, la température ne dépasse pas 38°5.

Guérison rapide. Sortie de la malade le 13 décembre.

Voici la description du néoplasme :

Poids : 8 kilogrammes, forme à peu près sphéroïdale avec 27 centimètres de hauteur et 16 de largeur. Surface généralement lisse, sauf au niveau des adhérences et du péritoine. La section montre un tissu résistant creusé d'un grand nombre de cavernules pleines de sang et de quelques grandes cavités kystiques ; il est parcouru par un riche réseau vasculaire.

VI. — Fille vierge de 26 ans se présentant pendant l'été de 1878. Depuis l'âge de 16 ans elle a des règles très abondantes. Elle est fort anémique et porte une petite tumeur qui proémine dans le vagin ; elle refoule en haut le corps de l'utérus et semble avoir pour point de départ la partie antérieure du col.

Le 10 juin 1879, l'auteur revoit la patiente. Il trouve dans l'abdomen une masse grosse comme l'utérus au septième mois, et, à la vulve, une tumeur grosse comme le poing, saillante au dehors. La malade a de vives douleurs et une fièvre intense (40°). L'état général est mauvais ; il est impossible de penser à l'extirpation radicale et il faut se contenter d'une opération palliative.

Le 12 juin, le chirurgien place l'anse galvano-caustique sur la tumeur, aussi

haut que possible dans le vagin, et ampute ainsi un fragment gros comme deux poings.

A la suite, suppuration abondante du moignon. Le 14 juin, pneumonie qui guérit bientôt.

La seconde opération, le 5 juillet, afin d'amputer le segment vaginal qui a acquis le volume du poing. Hémorragie abondante et tamponnement.

Le 29 juillet, nouvelle extirpation d'une portion grosse comme une tête de fœtus. Blessure de la vessie réparée au bout de quelques jours.

Le 11 septembre, il existe encore dans le vagin une masse du volume du poing, et, à ce moment, l'auteur constate que la masse abdominale a diminué ; il tente d'énucléer la totalité de la tumeur avec la main introduite dans l'utérus, pendant qu'il exerce des tractions de haut en bas. Il obtient l'issue du myome, mais la partie adhérente au fond de l'organe en détermine l'inversion ; après section des adhérences il remet l'utérus en place.

La tumeur énucléée a 18 centimètres de longueur et 8 d'épaisseur.

Quinze jours après l'opération, la malade quitte l'hôpital.

Le 26 octobre, réapparition des menstrues qui, depuis cette époque, s'effectuent régulièrement avec une intensité modérée.

VII. — Femme de 29 ans, multipare, atteinte depuis un an et demi de métrorragies fréquentes et prolongées et portant, depuis un an, une tumeur qui s'est accrue progressivement. Elle est de taille moyenne, maigre et anémique. On constate chez elle une tumeur grosse comme deux têtes d'enfants qui atteint l'ombilic et à laquelle semble surajoutée une autre tumeur grosse comme une orange. La production principale interstitielle s'est développée dans la paroi postérieure de l'utérus dont la cavité est fort allongée et la paroi antérieure très mince. Le vagin est complètement rempli par la tumeur.

L'auteur se propose seulement d'énucléer la partie inférieure du fibromyome. Il fait au périnée une incision médiane qui intéresse la paroi postérieure du vagin et s'étend jusqu'au rectum, ce qui lui permet de mettre à nu la portion vaginale du néoplasme ; puis il s'efforce de l'énucléer au moyen d'instruments mousses pendant qu'un aide l'attire en bas. Cette besogne n'est accomplie qu'au bout d'une heure par l'action des doigts et de la main introduite tout entière ; mais la partie supérieure reste accolée au myome sous-péritonéal. Craignant de laisser dans l'utérus un moignon qui créerait dans la suite des complications graves, le chirurgien exerce sur le fond de l'organe une traction qui en détermine l'inversion, et la base du fibrome interstitiel est ainsi amenée à la vulve. Mais alors il reconnaît l'impossibilité d'une énucléation complète et se résout à extirper, avec la tumeur, la paroi correspondante de l'utérus et le néoplasme sous-péritonéal. La plaie faite au péritoine est suturée au catgut sur une longueur de 10 centimètres.

Lotions phéniquées et pulvérisation d'iodoforme. Le fond de l'utérus est remis en place ; on met trois drains dans la cavité et on suture la plaie vaginale et périnéale. Pansement à l'iodoforme.

L'opération a duré deux heures ; la perte de sang a été assez considérable.

Au bout de dix jours on enlève la gaze iodoformée ; l'utérus se rétracte et chasse les drains dont le dernier est retiré le vingtième jour. Pas de fièvre, pas de mauvaise odeur des sécrétions. Trente jours après l'opération, la malade sort guérie : on constate que l'utérus est presque revenu à son volume normal ; l'orifice reste très large en forme d'entonnoir. L. GALLIARD.

VIII. — L'auteur communique une observation fort complexe ; la malade portait un fibrome utérin, et de chaque côté un kyste dermoïde de l'ovaire. Toutes ces tumeurs furent enlevées le même jour ; l'utérus amputé au niveau du col est compris dans un serre-nœud de Cintrat, puis le kyste droit gros comme une orange extirpé. A ce moment fut reconnue à gauche du rectum, une tumeur molle qui se déchira à deux reprises. Quand on voulut la déplacer

elle inonda de pus la cavité du petit bassin. La malade mourut dans la nuit.

Duplay, rapporteur, conclut de sa pratique, à laquelle vient s'ajouter ce fait, qu'il faut respecter les fibromes pendant l'ovariotomie. Terrier n'a eu que des insuccès en suivant une pratique contraire. JULLIEN.

IX. — Femme de 29 ans, souffrant depuis dix mois d'une tumeur abdominale, et présentant de plus, depuis trois mois, des présomptions de grossesse (suppression des règles, et gonflement des seins). On sentait une masse solide, demi-molle, qui remontait jusqu'à l'ombilic : le toucher indiquait que l'utérus était remonté au-dessus du pubis, et qu'il existait à sa partie postérieure une masse résistante. Le diagnostic porté fut : fibrome ou kyste dermoïde de l'ovaire compliqué de grossesse probable, et une incision exploratrice fut décidée.

Après anesthésie par le bichlorure de méthylène (lequel amena des troubles cardiaques inquiétants et dut être abandonné pendant l'opération) l'auteur incisa l'abdomen depuis le pubis jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic : il tomba sur une série de couches fibreuses qu'il fallut disséquer soigneusement, et finalement arriva sur la tumeur, qui présentait des adhérences intimes avec la paroi abdominale et sur le mésentère. Après une énucléation laborieuse, l'utérus fut mis à nu, et il fut possible de voir que le fibrome émergeait de son segment inférieur, du côté droit, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale. Comme on l'avait supposé, l'utérus contenait un fœtus d'environ quatre mois. L'auteur tenta vainement d'énucléer le fibrome ; il fallut ouvrir la cavité utérine, extraire le fœtus qui était mort, et achever la section de la tumeur. On découvrit alors un second fibrome du volume d'une orange, placé en arrière et en bas de l'utérus et comprimant le rectum à travers le ligament de Douglas. Pour l'enlever, on n'eut d'autre ressource que de faire un pédicule avec la portion susvaginale du col de l'utérus, et le fixer avec le serre-nœud de Kœberlé et d'enlever en un seu temps l'utérus et ses annexes. Le pédicule ainsi constitué fut traversé par deux fortes aiguilles placées à l'angle droit de l'incision abdominale, de façon à être fixé au dehors et à la partie la plus déclive de la plaie. La tumeur ainsi enlevée pesait près de 12 livres.

La malade alla bien pendant les premiers jours ; mais le 7e jour la plaie devint fétide et la malade succomba le 9e jour avec des signes de péritonite.

H. R.

X. — D'après les relevés de l'auteur, l'ablation totale de l'utérus par le vagin a été pratiquée 133 fois pour cancer, papillome malin ou sarcome : avec 95 guérisons, 38 morts.

Six fois pour prolapsus : 4 guérisons, 2 morts. Quatre fois pour fibromes : 4 guérisons.

En somme sur 143 opérations, il y a eu 103 guérisons, soit 72 0/0 et 40 morts, soit 28 0/0.

L'opération n'a été pratiquée qu'une seule fois en France (cas de Récamier, non compris dans la statistique de l'auteur) et très rarement en Angleterre. Au point de vue de la récidive, les résultats de l'ablation totale par le vagin sont plus heureux que ceux de l'opération de Freund. C'est ce qui résulte de deux tableaux présentés par Sanger, comprenant le premier les cas qui n'ont pas encore recidivé ; le second les cas pour lesquels on connaît la date de la récidive.

L'auteur a pratiqué deux fois l'opération.

Dans le premier cas, la malade est morte 10 mois après l'opération par suite de la formation d'une fistule entre l'intestin grêle et le vagin : le même accident est arrivé à une opérée de Schrœder. Dans le 2e cas où la

convalescence s'est opérée sans trace de réaction fébrile, il n'y a encore aucune apparence de récidive après 5 mois et demi : il s'agissait dans ce cas d'un carcinome épithélial, cylindrique à petites alvéoles, avec une infiltration énorme de petites cellules.

Le mode opératoire adopté par l'auteur est une combinaison des différentes méthodes connues, et surtout des méthodes de Czerny et de Schrœder. Contre l'hémorragie provenant des espaces paramétriques latéraux, il emploie des ligatures en étage, se croisant, et disposées de telle sorte que la ligature supérieure comprend toujours les tissus embrassés par la ligature inférieure ; la dernière ligature est intrapéritonéale et traverse la base du ligament large. Le renversement de l'utérus lui paraît préférable à l'opération in situ, parce que l'hémostase (par la torsion de la base du ligament), l'application des sutures, l'ablation des ovaires et des trompes sont plus faciles ; et que l'on ne manœuvre pas à tâtons dans la cavité abdominale. L'auteur cherche à obtenir la plus grande dimension possible des lambeaux de péritoine isolés de la surface utérine ; à énucléer en quelque sorte le corps de l'utérus de son enveloppe péritonéale. On réduit ainsi l'étendue de la perte de substance péritonéale, et les lambeaux de péritoine viennent par leur propre poids s'adosser surface contre surface, recouvrant l'espace supravaginal. Par le fait de leur adossement, ces lambeaux peuvent contracter des adhérences, sans qu'il soit nécessaire d'une suture spéciale. Quelques points de suture réunissent le lambeau péritonéal antérieur à la plaie vaginale antérieure, et le lambeau péritonéal postérieur à la plaie vaginale postérieure, suffisent à empêcher la séreuse de se retirer par en haut. Les liquides (sang ou produits de secrétion), qui tendraient à s'accumuler dans l'espace de Douglas trouvent dans ces conditions un écoulement facile vers le vagin ; il suffit pour cela que la malade prenne de temps en temps la position demi-assise.

Les ligatures latérales appliquées sur la base des ligaments larges, et les sutures qui réunissent en avant et en arrière le péritoine au vagin, ont pour résultat de diminuer l'étendue de la plaie qui existe dans l'espace supravaginal, et de diminuer ses produits de sécrétion.

Comme pansement, l'auteur s'est très bien trouvé de l'application sur la plaie des culs-de-sac vaginaux de quelques grammes d'iodoforme en poudre ; un tampon de gaze iodoformée, peu serré, remplit le vagin, et forme un drainage capillaire permanent, sous lequel la plaie peut rester aseptique un temps assez long (8 jours).

L'auteur rejette la suture péritonéale, le drainage, les injections et l'irrigation permanente.

XI. — Femme de 40 ans, atteinte de cancer du col avec extension à la muqueuse utérine.

L'opération est pratiquée le 25 août 1882.

Convalescence régulière (maximum de température 38°,8). La guérison est complète au bout de 16 jours ; mais il reste une incontinence d'urine due à une fistule vésicovaginale. D'après l'auteur, cette perforation n'aurait pas été faite pendant l'opération ; mais elle serait due à une gangrène de la paroi vésicovaginale, causée par la pression de pinces hémostatiques que l'on avait employées pour abréger la durée de l'opération, et qui furent laissées à demeure pendant 24 heures. H. DE BRINON.

XII. — 1° Femme de 65 ans. Carcinome de la portion cervicale. Extirpation

de l'utérus à travers le vagin. La température ne monta jamais au-dessus de 38°,2 C. Le quinzième jour après l'opération, la malade se promène toute habillée et sort de la chambre.

2° Femme de 73 ans. Carcinome de la portion cervicale. Extirpation de l'utérus à travers le vagin. Pendant les deux premiers jours, la température est le soir un peu élevée, mais ne dépasse pas 38°,5 C. Les jours suivants, point de fièvre. Le cinquième jour, purgation; le septième, la malade est assise dans son lit; le neuvième, elle fait, appuyée sous les bras, quelques pas dans la chambre et reste assise dans son lit toute l'après-midi. Le dixième jour, la malade boit le matin un peu de lait avec bon appétit et reste assise en bonne humeur sur le bord du lit, les pieds sur le plancher. Mais, quelques moments après, elle se plaint d'un malaise général, elle se couche, vomit un peu et meurt tout d'un coup. A l'autopsie, on ne put ouvrir que la cavité abdominale. Les intestins contiennent très peu de gaz et une petite quantité d'excréments semi-fluides; il n'y a pas d'adhérences, excepté dans le petit bassin où il y a une péritonite adhésive bien prononcée, qui a collé ensemble les intestins grêles, la vessie, le rectum et la plaie de l'opération; la plaie est ainsi complètement séparée de la cavité abdominale. Entre les intestins il y a environ une cuillerée de sécrétion séropurulente. La plaie au fond du vagin est très bien cicatrisée, excepté à l'endroit où se trouvent les fils de ligature. Les uretères ne sont pas dilatés; reins normaux. La cause de la mort est probablement une embolie de l'artère pulmonaire.

On ne se servit pas de tube de drainage. La partie inférieure du petit bassin et la plaie furent lavées avec une solution d'acide carbolique au 1/50, les bouts des fils de ligature furent conduits dans le vagin; les bords de la plaie laissés libres se plaçaient l'un contre l'autre. Dans la partie inférieure du vagin, on introduit un tampon de ouate salicyliquée.

XIII. — Femme de 53 ans, pesant 225 livres. Menstruation irrégulière depuis un an seulement. Sa mère est morte de cancer à l'âge de 53 ans. Elle-même est atteinte d'un épithélioma utérin ayant détruit le col et envahi la partie postéro-supérieure du vagin.

Anesthésie par l'éther. Lavages du vagin avec une solution de thymol.

L'opération, commencée au bistouri, aux ciseaux, fut terminée par le cautère, et l'utérus et le vagin enlevés avec l'anse galvano-caustique. Mais les détails manquent. La large ouverture vaginale fut bourrée de coton salicylé mouillé dans de la glycérine phéniquée. On constate, le 9e jour, une fistule vésicale, probablement consécutive à la chute d'une eschare. Deux mois plus tard, on pratiquait la première opération pour fermer cette fistule; trois opérations complémentaires furent nécessaires. A. C.

XIV. — Femme âgée de 46 ans, atteinte de prolapsus utérin avec rétroflexion de l'utérus, rectocèle et cystocèle. La malade avait déjà subi divers traitements : application de pessaires, amputation du col, colporraphie antérieure et postérieure et périnéoxésis. La muqueuse vaginale était ulcérée sur plusieurs points et la matrice n'était pas réductible. Il existait des adhérences périmétriques très relâchées. Il était à craindre qu'une nouvelle tentative de colporraphie antérieure et postérieure n'aboutît à une récidive. L'ablation de l'utérus parut donc le seul moyen de guérison radicale; l'opération fut pratiquée avec les précautions antiseptiques. Dissection du moignon restant de la portion vaginale : hémorragie très abondante pendant le premier temps de l'opération. Application au-dessus de la tumeur d'un tube de caoutchouc; isolement de la paroi utérine postérieure; ouverture de l'espace de Douglas. Les adhérences de l'utérus dans le creux de Douglas sont divisées; l'utérus est isolé de la paroi vésicale, les trompes sectionnées entre des ligatures. Suture de la plaie péritonéale; excision des portions ulcérées de la paroi vaginale et ablation du tube de caoutchouc. Réduction de la paroi vaginale en prolapsus; pansement avec la ouate salicylée. La malade part 15 jours après l'opération.

Elle n'a éprouvé aucun trouble au moment de l'époque des menstrues, malgré la conservation des ovaires; elle accusa seulement quelques douleurs sourdes dans l'hypogastre gauche à la première époque.

L'opérée a subi postérieurement la colporraphie antérieure et postérieure, et se trouve complètement délivrée de son prolapsus.

L'ablation de l'utérus, pour cause de prolapsus, sans dégénérescence maligne, a été pratiquée cinq fois par Gebhart, Jürgensen, Kehrer, Kaltenbach et Hahn.

H. DE BRINON.

**A case of double uterus in the living subject (Un cas d'utérus bifide observé sur le vivant), par F. HENDERSON** (*Glasg. med. journ.*, *p.* 268, 1883).

Il s'agit d'une femme âgée de 39 ans, réglée à 16 ans, et toujours régulièrement toutes les trois semaines, pendant une semaine chaque fois. Première grossesse en 1866, immédiatement après le mariage; persistance jusqu'à la fin des règles avec leur périodicité et leur abondance habituelle. Pendant l'allaitement, aussi bien que pendant les allaitements ultérieurs pas de règles. Pendant la seconde grossesse, en 1868, perte presque continue, mais accouchement à terme régulier. Troisième grossesse en 1871, et persistance des règles pendant sa première moitié. Aux quatrième, cinquième et sixième grossesse, en 1873, 1875, 1877, pas de menstruation.

En juin 1879, aménorrhée de deux mois; puis tuméfaction progressive du ventre, grossesse probable, malgré une perte presque continue jusqu'en décembre. On dilate le col pour provoquer l'avortement; mais le doigt arrive sur une cloison intra-cervicale, verticale, et au-dessus explore deux cavités distinctes, l'une à gauche peu développée, l'autre à droite plus considérable, mais ne contenant pas de fœtus. La palpation, le toucher rectal confirment ces résultats, et montrent un utérus bifide, la moitié droite plus volumineuse.

En 1880, nouvel examen de la malade, mêmes résultats. En 1881, septième grossesse régulière. Un mois après la naissance, on constate nettement que c'est la moitié gauche de l'utérus qui est cette fois plus développée.

De cette observation, l'auteur tire plusieurs conclusions intéressantes.

Il semble d'abord probable que la menstruation a pu se faire et s'est faite, soit par l'une, soit par l'autre des deux cavités utérines. D'autre part, il semble logique d'admettre une relation de causalité entre la bifidité utérine et la persistance des règles pendant la grossesse; la menstruation aurait continué à se faire par l'une des deux cavités, pendant que l'autre contenait le produit de gestation. La chose est d'autant plus possible que, dans aucun cas connu de persistance des règles pendant la grossesse, on n'a eu la preuve directe d'une conformation normale de l'utérus, sans bifidité congénitale.

A. CHAUFFARD.

**Del uso de la siempreviva (joubarbe) en el tratamiento de las hemorragias uterinas, par Miguel-Mendoza LOPEZ** (*Bol. de ciencias médicas*, 15 *août* 1883).

L'auteur relate trois observations qui témoignent des excellents effets de la feuille fraîche de joubarbe comme hémostatique. Chez trois femmes atteintes de métrorragies graves, à l'époque menstruelle, on avait essayé sans succès les styptiques ordinaires, ratanhia, tannin à la dose de 4 grammes, ergotine de Bonjean, à la dose de 6 grammes, puis en injections hypodermiques, etc. On fit absorber aux malades du suc de la feuille de joubarbe et l'hémorragie s'arrêta.

La joubarbe a quelques propriétés astringentes et a été employée autrefois comme antihémorroïdaire.

A. CARTAZ.

**Torfmoos-Schläuche zur Tamponade der Vagina (Du tamponnement vaginal au moyen de boudins de sphaigne), par H. LEISRINK** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 399, 25 *juin* 1883).

Après avoir employé la sphaigne au pansement des plaies, l'auteur s'en sert maintenant pour tamponner le vagin.

On confectionne des tuyaux en gaze, de 4 à 5 centimètres de diamètre, qu'on remplit de cette mousse, bourrée modérément; pour éviter qu'elle se mette en pelotons, on pique les boudins de distance en distance. Au moment de s'en servir, on coupe la longueur nécessaire pour remplir le vagin. Comme le tampon est d'une seule pièce, l'extraction en est très facile.

Rien n'empêche de saupoudrer et d'imprégner le cylindre d'agents antiseptiques. J. B.

**A new method of operation for the relief of rupture of the perineum through the sphincter and rectum, par J. COLLINS WARREN** (*Gynecological american transactions, vol. VII*).

Deux points différents sont intéressants dans la communication du Dr Collins Warren :

1° Le premier a trait à la nouvelle opération qu'il propose pour réparer le périnée déchiré jusqu'au niveau de la cloison recto-vaginale, et y compris une certaine étendue de cette dernière. L'auteur, après avoir taillé un lambeau qui comprend tout le bord libre de la déchirure, et empiétant sur une certaine étendue des parties voisines de la vulve, réunit par des sutures transversales la surface avivée. Le lambeau en forme de tablier, et qui est resté adhérent aux limites de la surface d'avivement, vient après la réunion faire saillie au niveau de l'anus, on l'accolle par des sutures à la partie postérieure du périnée. Ce lambeau constitue une sorte de rempart qui protège la cicatrice contre les matières fécales.

2° A la suite de l'opération, on prescrit volontiers le libre usage du lait. C'est là une faute, car les matières fécales formées par cet aliment sont dures, abondantes, et, par leur passage à la partie terminale du tube digestif, compromettent le succès de l'opération. Le lait doit être absolument proscrit, et remplacé par de l'alcool, des extraits de viande, donnés en quantité variable suivant l'état de la malade. Peu à peu on augmente naturellement l'alimentation. AUVARD.

---

# OBSTÉTRIQUE.

**Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynækologie. (Contributions cliniques à l'étude de l'obstétrique et de la gynécologie), par F. BALANDIN** (1re *partie*, *St-Pétersbourg*, 1883).

Balandin montre comment jusqu'à ce jour les recherches sur le bassin au point de vue obstétrical manquent de précision. Les différents auteurs

ne sont nullement d'accord sur les dimensions des divers diamètres du bassin pas plus que sur les points de repère qui servent à les déterminer.

La plupart des investigations entreprises jusqu'à ce jour dans l'étude du squelette pelvien pèchent par deux points : en premier lieu, par l'insuffisance du matériel qui a servi à les établir; en second lieu, par le vice d'observation ou d'exploration de ces différentes parties.

Balandin pendant un long temps a pu recueillir un grand nombre de bassins, et leur a fait subir la préparation suivante. Après les avoir débarrassés du périoste, il coulait les os dans du plâtre, les retirait au bout de trois mois. Après cette première préparation, le bassin étant complètement desséché, il les enduisait de laque et pouvait ainsi les conserver indéfiniment. Sur les pièces ainsi soigneusement préparées, l'auteur a pris une série de mensurations publiées dans son travail.

Le détroit supérieur ainsi que l'inférieur sont à tort considérés comme un simple plan, ils constituent une région véritable. Au-dessous du détroit supérieur existe une région un peu plus étroite que la précédente, qui dans les rétrécissements doit avec le promontoire causer le principal obstacle au passage du fœtus.

De ses recherches sur les articulations du bassin chez les femmes récemment accouchées, Balandin conclut qu'il existe un degré assez marqué de mobilité.

Balandin termine la première partie de son travail par une étude sur la déchirure du périnée et les moyens de la prévenir. Le périnée peut se rompre dans deux conditions différentes, tantôt parce que l'utérus se contracte trop violemment, le fœtus est rapidement expulsé au dehors, le plancher périnéal est trop brusquement distendu sous cette influence et se rompt. Tantôt l'expulsion est lente, normale, mais le périnée ne présente qu'une élasticité insuffisante, il est déchiré par le passage de la tête fœtale. Dans le premier cas, il y a manque relatif d'élasticité, il faut lutter contre la contraction utérine, aider le périnée ; dans le second cas, le défaut d'élasticité est absolu, une solution de continuité est indispensable pour le passage de la tête, c'est à l'accoucheur à la faire à l'aide du bistouri. AUVARD.

**Ueber Schwangerschaftsdauer (La durée de la grossesse), par J. VEIT** (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band VIII, Heft* 2).

L'auteur passe en revue les travaux récents de His, Ahlfeld, Hölst, Möricke, etc.

Il examine ces deux questions :

1° Combien s'écoule-t-il de temps entre le premier jour de la dernière menstruation et l'accouchement? — 270 à 280 jours.

2° La fécondation remonte-t-elle à la dernière période menstruelle qui a eu lieu (théorie ancienne), ou à la première période qui a manqué (théorie nouvelle ou de Sigismond)?

D'après la théorie ancienne, deux modes de fécondation sont possibles; ou bien le sperme se trouve dans le canal génital avant le début de la dernière menstruation, et féconde l'œuf qui est expulsé pendant cette menstruation; ou bien l'œuf de la dernière menstruation se conserve

intact et la fécondation a lieu pendant la période intermenstruelle. D'après Sigismond, la fécondation a lieu avant la première menstruation qui manque, ou au début de cette menstruation; et c'est l'œuf de cette menstruation qui est fécondé.

L'auteur ne croit pas que dans l'état actuel de la science il soit possible de se prononcer en faveur de l'une ou l'autre théorie ; il est porté à admettre que l'une et l'autre sont vraies et que les trois modes de fécondation peuvent exister. H. DE BRINON.

**Ueber die Niederkunft bei alten-Erstgebärenden (De l'accouchement chez les primipares âgées), par R. RUMPE** (*Archiv für Gynækologie, Band. XX, Heft* 1).

L'auteur range dans la catégorie des primipares âgées toute femme qui a passé 30 ans. Sur 3,155 accouchements pratiqués à la clinique de Marbourg, on a enregistré 1,481 primipares, et dans ce nombre 114 femmes avaient dépassé 30 ans : soit 3,61 0/0 sur la totalité des accouchées, et 7,69 0/0 des primipares. De ces 114 primipares âgées, l'auteur en exclut 14 de sa statistique ; parce qu'il s'agit dans ces 14 cas ou de fœtus macérés nés de mères syphilitiques, ou de fœtus avant terme nés de mères malades. Les 100 autres femmes comprennent 78 de 30 à 35 ans, 13 de 35 à 40, 9 de 40 à 45. La menstruation a en général été tardive, irrégulière, peu abondante. La moyenne de l'âge du début des règles est 18 ans, au lieu de 16 ans, moyenne générale. L'auteur n'attribue d'ailleurs aucune influence à l'époque tardive du début de la menstruation : son irrégularité peut seule être mise en cause, au point de vue de la conception tardive.

Il ne paraît pas y avoir de rapport entre les rétrécissements du bassin et l'époque tardive de la première conception.

La rigidité des parties molles, vagin, vulve et col, et l'oblitération de l'orifice externe, qui sont très fréquents doivent être considérés comme les conséquences de l'âge, plutôt que comme les causes de la conception tardive.

La durée de la grossesse n'est pas plus longue. Hecker a montré que les grossesses extra-utérines sont plus fréquentes. Les œdèmes et les vomissements sont aussi plus fréquents.

Deux circonstances aggravent le pronostic de l'accouchement : la faiblesse des contractions utérines et la rigidité des parties molles. La faiblesse des contractions a pour conséquence la prolongation de l'accouchement et surtout de la période de dilatation. La durée moyenne de cette période a été de 13 heures 10 minutes, au lieu de 6 heures 6 minutes, durée moyenne de la même période chez 100 jeunes primipares de la même clinique. La durée moyenne de la seconde période, 1 heure 93 minutes, s'éloigne peu de la durée moyenne en général (1 h. 72, Veit.).

La 3e période, ou période de délivrance, par suite de l'emploi du procédé de Crédé, n'a habituellement pas dépassé un quart d'heure : 8 fois seulement elle a duré plus longtemps et 2 fois il a fallu extraire le placenta avec la main.

A la rigidité des parties molles se rattache la fréquence des ruptures du périnée, 25 sur 98 accouchements, soit 25,6 0/0, et la fréquence des présentations irrégulières : 73 présentations du crâne, 3 du pelvis, 3 de la face ou du front et 2 présentations transversales (il y avait un accou-

chement gémellaire), soit 8 0/0. Ce sont surtout les présentations de la face qui sont plus fréquentes, 3 0/0 au lieu de 0,6 0/0, tandis que la fréquence des présentations du pelvis n'est pas augmentée.

La proportion des opérations est plus élevée : 34 0/0. Il y a eu 27 applications de forceps, 4 perforations, 1 version, 1 opération césarienne, 1 accouchement prématuré. Les applications de forceps ont été faites le plus souvent au détroit inférieur, soit en raison de la disparition du pouls fœtal, soit en raison de l'état d'affaissement de la mère. Malgré ce chiffre élevé des opérations, les rétrécissements ne sont pas plus fréquents. On en a constaté 19; le chiffre moyen à la même clinique est de 20 0/0.

La mortalité pour les mères a été de 8 0/0 (2 morts pendant l'accouchement, 6 après) ; la morbidité de 49 0/0, mais dans ce chiffre sont compris les plus légers troubles puerpéraux.

Sur les 101 enfants, 13 sont morts pendant l'accouchement, 4 dans les deux premières semaines, soit en tout 17 0/0; ce chiffre représente le double de la mortalité habituelle des enfants à Marbourg.

Le poids moyen des enfants, 3,121 grammes, et la longueur moyenne, 49$^{cm}$,32 sont un peu plus élevés que le poids moyen et la longueur moyenne des enfants de primipares jeunes ; un peu moins élevés que le poids moyen et la longueur moyenne des enfants de multipares âgées de plus de 30 ans. La proportion des garçons aux filles a été de 121 0/0, se rapprochant de la proportion habituelle (132 à 137 0/0). H. DE BRINON.

**Ueber wahre Knoten der Nabelschnur (Des nœuds du cordon), par C. HECKER** (*Archiv für Gynækologie, Band. XX, Heft* 3).

Sur 20,515 accouchements qui ont eu lieu à la maternité de Munich, du 1$^{er}$ juin 1859 au 31 mai 1882, on a observé 83 cas de vrais nœuds du cordon, soit 1,247, proportion très différente du chiffre donné par Chantreuil, 1/1000. La dimension de la cavité utérine ne paraît pas influer sur la production des nœuds du cordon: sur les 83 mères, il y avait 32 primipares et 51 multipares : ce rapport 100 : 159 est à peu près le rapport normal des primipares et des multipares.

Les positions se décomposent ainsi : Premières du sommet, 51; deuxièmes du sommet, 23; front, 2; face, 2 ; pelvis, 1 ; épaule, 4. Le sexe de l'enfant ne paraît pas avoir d'influence.

Dans aucun cas on n'a pu constater une influence des nœuds sur la vie de l'enfant. Les 9 morts se rapportaient nettement à d'autres causes. Dans 2 cas seulement de fœtus macérés, les nœuds pouvaient être suspectés.

Le cordon est en général plus long: 71$^{cm}$,54 en moyenne au lieu de 50 centimètres.

19 fois le cordon était enroulé autour du cou. Dans la plus grande partie des cas, 41 fois, le nœud était au voisinage de l'ombilic, 9 fois seulement au voisinage du placenta. H. DE BRINON.

**Chloroform as a cause of post partum hæmorrhage, par A.-A. MOORE** (*Medical News*, 12 *mai* 1883).

Aux États-Unis, on administre volontiers le chloroforme aux femmes en couches, pour les soustraire aux douleurs de l'enfantement. Cette

pratique, cependant, n'est pas sans dangers; elle expose les malades à l'inertie et aux hémorragies utérines. S'il en est ainsi, on peut se demander si le médecin a le droit d'administrer des anesthésiques, uniquement dans le but d'abolir les douleurs de l'accouchement ordinaire. Dans sa clientèle, Moore ne se sert du chloroforme que lorsque ses malades le lui réclament. Il suit alors la règle de Playfair et ne l'administre que pendant la période expulsive et d'une manière intermittente, de façon à ne jamais produire l'anesthésie complète. Même dans ces conditions, le chloroforme cause généralement une inertie utérine telle que l'on est obligé d'en suspendre l'usage. Cette inertie est une cause d'hémorragie post-puerpérale.

Pendant les années 1881 et 1882, Moore fit 34 accouchements. Vingt femmes furent soumises à l'influence du chloroforme : quatre eurent des hémorragies sérieuses; treize des hémorragies moins sérieuses, mais plus abondantes qu'à l'état normal; l'abondance de la perte utérine ne fut pas notée dans les trois autres cas. Il n'y eut que deux cas d'hémorragie chez les quatorze femmes non chloroformées; la première de ces malades était sujette aux hémorragies utérines; la seconde était une grosse femme dont les tissus étaient mous et flasques, le ventre pendant.

J. B. H.

**Ueber Schwangerschafts-und Geburtsniere (La néphrite gravidique et la néphrite de l'accouchement), par FLAISCHLEN** (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band. VIII, Heft* 2).

Quels sont les signes caractéristiques de la néphrite gravidique au point de vue clinique et anatomique? Est-il possible de distinguer la néphrite gravidique de la néphrite aiguë et chronique? La néphrite gravidique peut-elle dégénérer en néphrite chronique? Telles sont les questions que l'auteur s'est proposé de résoudre.

Sur 1,000 femmes grosses dont l'urine a été examinée plusieurs fois pendant la grossesse, l'auteur a trouvé 26 albuminuriques. 10 seulement ont pu être suivies quelque temps; 6 présentaient une forme légère, 4 une forme grave. De ces 4 dernières, 3 eurent des attaques d'éclampsie. Dans les cas légers, on ne trouva dans le sédiment urinaire ni cylindres ni épithélium rénal; dans les cas graves, les cylindres hyalins étaient très abondants, les cylindres granuleux, plus rares; les cylindres épithéliaux ne se sont montrés qu'exceptionnellement : on trouvait fréquemment des cylindres recouverts d'épithélium; cet épithélium était en état de dégénérescence graisseuse avancée, et en voie de destruction. Les globules rouges manquaient complètement ou étaient extrêmement rares; dans aucun cas il n'y avait hématurie proprement dite. L'étude de ce sédiment montre que la néphrite gravidique consiste essentiellement dans une dégénérescence graisseuse de l'épithélium du rein et des voies urinaires.

L'avortement est une des conséquences connues de la néphrite gravidique. La néphrite gravidique peut reparaître à la grossesse suivante, et sous une forme plus légère que la première fois.

Les caractères cliniques de la néphrite gravidique, sont d'après les observations de l'auteur, l'abondance de l'albumine dans l'urine, la dimi-

nution de l'excrétion urinaire, la dégénérescence graisseuse avancée de l'épithélium rénal, l'absence complète ou presque complète de globules rouges. Il s'agit donc d'une anémie du rein, se rapprochant dans les cas graves du rein cholérique. Dans les cas légers, il n'y a qu'une altération de l'épithélium des glomérules, altération entraînant l'albuminurie.

Le diagnostic différentiel entre la néphrite aiguë et la néphrite gravidique ne peut s'appuyer ni sur la présence de cellules à granulations graisseuses (Leyden) ; ni sur l'examen de la partie épithéliale du sédiment. La néphrite aiguë est caractérisée par l'existence de l'hématurie, par la dureté extrordinaire et la tension du pouls. La diminution de la quantité d'urine, et la densité élevée de l'urine pendant la grossesse, l'augmentation anormal de la quantité d'urine pendant les suites de couches sont des signes propres à la néphrite gravidique.

Au point de vue microscopique, le diagnostic sera basé sur les caractères du tissu interstitiel. Dans la néphrite gravidique, ce tissu est intact; dans la néphrite aiguë, il est œdémateux, infiltré de cellules.

La néphrite aiguë débute brusquement; la néphrite gravidique a un début insidieux.

L'étude du sédiment n'a aucune valeur pour établir le diagnostic différentiel de la néphrite gravidique et de la néphrite interstitielle chronique. Les éléments de ce diagnostic sont la quantité et le poids spécifique de l'urine. Si l'on rencontre pendant la grossesse, avec une abondante proportion d'albumine, un poids spécifique peu élevé, et la quantité d'urine augmentée, on devra soupçonner l'existence d'une néphrite interstitielle chronique ; mais le diagnostic ne sera confirmé que si l'on constate en même temps une hypertrophie du cœur avec la dureté du pouls.

Il est encore plus difficile de distinguer la néphrite gravidique de la néphrite parenchymateuse chronique. Celle-ci est le plus souvent la suite de la syphilis invétérée, de la phtisie, ou de la malaria ; mais l'urine présente les mêmes caractères que dans la néphrite gravidique.

La néphrite gravidique peut-elle se transformer en néphrite chronique? Il n'y a dans la littérature aucun fait qui constitue aux yeux de l'auteur une preuve incontestable de cette transformation.

Sur 537 accouchées, dont l'une avait été examinée pendant la grossesse et immédiatement avant l'accouchement, 93 ont eu de l'albuminurie sous l'influence de l'accouchement. Ces 93 accouchées comprennent 73 primipares, 25 0/0, et 20 multipares, 8 0/0. La durée de l'accouchement explique la prédisposition des primipares. Ces observations montrent que l'accouchement peut aussi développer une affection rénale. Cette affection est caractérisée cliniquement par l'apparition de cylindres hyalins et grenus, et par la dégénérescence graisseuse des éléments épithéliaux du rein ; au point de vue étiologique, elle a des liens communs avec la néphrite gravidique.

L'auteur a examiné l'urine de 28 malades atteintes de tumeurs abdominales : trois fois il a trouvé de l'albuminurie, coïncidant dans deux cas avec des cylindres. Dans trois cas d'hydramnios, l'auteur n'a trouvé d'albumine ni pendant la grossesse, ni pendant l'accouchement. Sur huit cas de grossesse gémellaire il a trouvé trois fois de l'albumine pendant l'accouchement.

H. DE BRINON.

**Ueber intrauterine Vaccination, über Schutzpockenimpfung Schwangerer und Neugeborner (La vaccination intra-utérine, la vaccination pendant la grossesse et la vaccination des nouveau-nés), par Carl BEHM** (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band. VIII, Heft* 1).

Résultat d'expériences faites à la Charité de Berlin dans le service obstétrical du professeur Gusserow.

47 femmes et 33 enfants ont été vaccinés. Les 14 femmes dont les enfants n'ont pas été vaccinés sont sorties avant d'accoucher ou n'étaient pas encore accouchées au moment de la publication du mémoire. Des 33 mères, 22 étaient dans le 10e mois de la grossesse, 10 dans le 9e, 1 dans le 8e. Les inoculations ont été faites avec la lancette. L'auteur rejette les injections sous-cutanée et intra-veineuse, parce qu'elles ne sont pas aussi sûres; l'injection intra-veineuse, en outre, est dangereuse. Chaque sujet recevait 12 piqûres, 6 à chaque bras; le plus souvent un tube entier de lymphe humanisée pure était employé pour un seul sujet.

Des 33 cas dans lesquels l'inoculation fut faite à la mère et à l'enfant. il n'y eut que 4 cas d'insuccès pour les mères : 3 fois la vaccine était manifestement inefficace; 1 fois la mère avait été vaccinée avec succès trois ans auparavant. Des 33 enfants qui furent inoculés du 1er au 7e jour, 25 eurent une éruption vaccinale parfaite, 8 ne présentèrent rien. Sur ces 8, 6 avaient reçu une vaccine certainement mauvaise; les 2 autres avaient reçu une vaccine, qui avait réussi (sur d'autres sujets). Ces deux enfants paraissent donc avoir reçu le virus vaccinal par l'intermédiaire du placenta. Les enfants des quatre femmes inoculées sans succès furent vaccinés avec succès.

Il résulte de ces expériences que la vaccination intrautérine est possible; mais qu'elle n'est en aucun cas assurée, et se produit très rarement.

Le minimum de temps nécessaire pour que la vaccination de la mère donne l'immunité à l'enfant serait de quinze jours.

La vaccination n'a eu aucun inconvénient ni pour les mères ni pour les enfants.

Les enfants qui étaient tous nourris au sein ont supporté l'évolution de la vaccine beaucoup plus facilement que ne la supportent les enfants de 10 à 12 mois. L'auteur en conclut qu'il serait préférable de vacciner immédiatement après leur naissance, tous les enfants élevés au sein, plutôt que d'attendre la fin de la première ou le commencement de la seconde année. H. DE BRINON.

**Sicherer Nachweis der sogenannten Uterinmilch bei Menschen (Démonstration de l'existence du lait utérin dans l'espèce humaine), par G. von HOFFMANN** (*Zeitschrit für Geburtshülfe und Gynækologie, Band VIII, Heft* 2).

Si l'on enfonce de 1 centimètre à 1 centimètre et demi un tube capillaire dans un cotylédon intact appartenant à un placenta très frais, on voit bientôt pénétrer dans ce tube le liquide qui remplit les espaces intervilleux. Ce liquide renferme au microscope :

1° Des globules rouges;

2° Des globules rouges décolorés;

3° Des vésicules particulières sphériques transparentes que l'auteur propose de nommer globules de lait utérin. Ces vésicules occupent la plus grande partie du champ du microscope; leur mince enveloppe extérieure réfléchit faiblement la lumière; leur diamètre varie entre 1 et 20 micromètres. Elles sont absolument semblables aux globules de lait utérin, qu'on a décrit chez la vache. La plupart de ces vésicules n'atteignent pas 5 micromètres; les grosses vésicules sont rares. L'auteur en a compté de 180 à 200,000 par millimètre cube;

4° Un liquide clair dans lequel baignent les éléments figurés;

5° Des cellules de la caduque en liberté;

6° Des corpuscules ronds, qui paraissent être des débris de globules rouges;

7° Des molécules à coloration nettement hématique ou sans coloration, et à contours anguleux et aigus;

8° Des masses pigmentaires.

Cette même composition se retrouve toutes les fois que le placenta est sain, et démontre que le liquide nourricier dans lequel baignent les villosités fœtales se compose de sang et d'un liquide particulier dit lait utérin.

Si l'on réunit dans un verre le liquide recueilli dans le placenta frais à l'aide de tubes capillaires, ce liquide se sépare après 1/4 d'heure de repos en deux parties; l'inférieure est formée de globules rouges; la supérieure est le lait utérin proprement dit. Celui-ci n'est pas translucide sur une certaine profondeur, et a une coloration bleue opalescente. Il ne ressemble en aucun cas au sérum sanguin. Sa réaction est alcaline.

L'auteur n'a pu réunir qu'un très petit nombre de placentas normaux provenant de fœtus avant terme. Il semble résulter de ses observations que le liquide nourricier du fœtus renferme d'autant moins de sang et d'autant plus de lait utérin que le fœtus est plus jeune.

Le lait utérin est le produit de sécrétion de la sérotine ou caduque placentaire.

L'auteur a constaté au microscope la présence des globules de lait utérin dans les cellules de la caduque, et la transformation plus ou moins complète de ces cellules en globules de lait utérin.

Le lait utérin ainsi formé se réunit dans les lacunes où plongent les villosités placentaires. Là, il se mêle au sang maternel extravasé, et forme avec lui la nourriture du fœtus. H. DE BRINON.

**Des diverses espèces de forceps : leurs avantages et leurs inconvénients, par POULLET.** (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1883).

L'auteur avait à traiter une des questions les plus importantes de l'obstétrique et l'une de celles où il s'était déjà distingué antérieurement par des travaux originaux. Quelque divergence d'opinion que l'on puisse avoir avec lui, il a apporté dans la rédaction de son travail de l'impartialité. Quelque conviction qu'il ait dans la supériorité des instruments qu'il propose, il en appelle avec une entière bonne foi à la sanction de l'expérimentation et de la clinique.

Vouloir discuter les 150 forceps qui ont été proposés, eût été un travail

ardu, peu intéressant, inutile. L'auteur a eu raison de dégager de la description fastidieuse de ces nombreux instruments les indications qu'ils paraissaient devoir remplir prenant des types comme exemple. Peu importe la classification qu'il a choisie. Le point important c'est la détermination des qualités qui les distinguent surtout d'après son avis. Il divise donc les forceps en ceux qui assurent par leur construction: 1° la préhension ; 2° la compression : 3° l'évolution ; 4° la direction. A ce propos, il étudie avec soin comment sont remplies ces différentes qualités par les divers forceps. Dans cette discussion on serait tenté de répéter la phrase de l'auteur : « Le forceps peut personnifier la lutte entre la ligne droite et la ligne courbe, question qui sera aussi insoluble que la quadrature du cercle. »

Le fait est que les forceps n'assurent souvent une bonne préhension qu'en exerçant une compression fâcheuse sur la tête fœtale, en troublant son évolution. Il est difficile de remplir toutes les indications auxquelles répond l'instrument. Sans admettre la classification proposée des forceps, il n'en est pas moins certain que pour la plupart, ils répondent à une des qualités ou à quelques qualités de l'instrument en sacrifiant les autres. Il faut donc choisir et il semble manifeste que l'indication capitale pour M. Poullet est de construire un instrument facilitant surtout l'évolution, la préhension étant bien effectuée ; car cette dernière est la première qualité de tout instrument. L'auteur a une tendance marquée à montrer les défauts des forceps courbés. Avec des cuillers petites, on pourrait diminuer la courbure pelvienne des manches ; les forceps droits ne répondent certes pas à toutes les indications, mais il y aurait lieu de revenir au moins en partie vers ce type de l'instrument. Cependant en comprenant bien le mode d'action du forceps courbe, on peut sans conteste pallier à la plupart de ses inconvénients en profitant de ses avantages. L'auteur discute d'ailleurs le mode de tractions directes ou contrariées, le mouvement de pendule et apprécie ces manœuvres.

Il est intéressant de lire dans ce travail tout ce qui concerne les recherches importantes faites à Lyon sur la construction du forceps et sur la méthode des tractions soutenues. Les recherches très importantes de Chassagny, en particulier, y sont exposées complètement.

Un chapitre est consacré au forceps de M. Tarnier. C'était une discussion actuelle qu'on ne pouvait passer sous silence. L'auteur est un partisan peu enthousiaste de la nouvelle invention du savant professeur de la Maternité. Ce forceps remplit le principe d'Hubert, c'est-à-dire la traction suivant la ligne d'axe des cuillers ; le principe de Chassagny, c'est-à-dire l'insertion de la force de traction le plus près possible du centre de figure, son moyen de réalisation par des tiges métalliques appartiennent bien à M. Tarnier. Quant à l'aiguille indicatrice, elle pourrait être revendiquée par Chassagny pour ses cordons, par Laroyenne pour ses rubans. Cependant il est notoire que ces accoucheurs n'ont pas cherché à se servir de leurs procédés de tractions comme moyen d'indication de trajet qu'a à parcourir la tête fœtale.

Une étude approfondie de l'instrument, l'analyse exacte et l'appréciation de ses avantages manquent d'ailleurs. Le reproche le plus important est que ce forceps exerce une pression continue sur la tête de l'enfant. « Ses légers inconvénients ne doivent pas faire rejeter complètement

cet instrument. » Quoi qu'il en soit, nulle découverte récente n'a attiré aussi vivement l'attention et n'a provoqué des travaux aussi nombreux, dont on trouvera plutôt la liste que l'analyse dans cette thèse.

La deuxième partie de ce travail est certainement la plus originale, la plus intéressante, c'est l'exposé des recherches personnelles de l'auteur.

Il décrit en détail trois instruments : le sériceps, un forceps à tractions indépendantes, un forceps général.

Du sériceps, nous ne dirons rien : il est connu depuis longtemps, abandonné aussi bien par M. Poullet que par la plupart des accoucheurs.

Il étudie ensuite le forceps à tractions indépendantes et le forceps général. Ce sont des instruments assez compliqués dont la description excéderait les limites de cette analyse : nous renvoyons le lecteur à la thèse de M. Poullet. D'ailleurs ce forceps est basé sur le principe du sériceps. Il est constitué essentiellement par des tiges métalliques capables de se développer et d'entourer de lacs la partie inférieure de la tête. La tête doit être saisie à la région sous-occipitale en arrière, vers la bouche en avant. Les tractions exécutées ont donc ce résultat : 1° de faire fléchir la tête : premier résultat sur les avantages duquel il y a lieu d'insister ; 2° de laisser à la tête toute sa mobilité : deuxième résultat auquel M. Poullet attache beaucoup d'importance. C'est un forceps de préhension et d'évolution. La compression suivant l'un des diamètres n'existant pas, la direction reste à la libre disposition de l'opérateur qui tirant sur l'un des lacs plutôt que sur les autres, sur tous les lacs dans un sens plutôt que dans un autre imprime à la tête les mouvements qu'il suppose être les plus favorables. M. Poullet a appliqué son instrument six fois, trois fois dans des cas de rétrécissement du vagin, une fois dans un cas de dystocie déterminée par la présence d'un kyste de l'ovaire. Il en appelle à une expérimentation plus étendue. Les accoucheurs lyonnais, tout en lui accordant les plus grands éloges, reprochent surtout à l'instrument d'être compliqué et d'une manœuvre difficile.

Le forceps général est un forceps qu'on doit appliquer dans les diamètres antéro-postérieurs. Il n'a jamais été employé en clinique. C'est la réalisation d'une conception toute théorique.

L'auteur décrit encore un tracteur pour utiliser les forces mécaniques. Il prend un point d'appui sur les ischions. Cet instrument est déjà connu depuis plus de six ans.

Il propose encore une méthode graphique pour apprécier les expérimentations sur les différents forceps. Son synamographe est fort ingénieux, mais il n'a pas été souvent mis en pratique et l'auteur ne nous donne aucun des résultats qui nous eussent cependant fort intéressé. C'est un complément de recherches que nous attendons de lui.

Enfin l'auteur décrit une poignée rigide à attaches souples pour fixer le forceps suivant l'axe du bassin. Lorsqu'on se sert du forceps de M. Tarnier, l'aiguille indicatrice n'indique que le centre de figure de l'instrument. Dire qu'il indique l'axe du bassin c'est admettre que le centre de figure de la tête coïncide avec l'axe du bassin et avec le centre de figure de l'instrument : or si cette coïncidence est à peu près établie lorsque le forceps est appliqué directement, elle ne l'est plus au même point dans les applications obliques. Si on interrompt dans un point aussi

court que possible la rigidité des tiges de traction en les remplaçant par des lacs s'insérant soit sur les traverses antérieures et postérieures des cuillers, soit sur le milieu d'une tige traversant l'axe d'une même cuiller, on réalise mieux les tractions suivant l'axe de bassin et la descente d'une cuiller plus que celle de l'autre. C'est encore une des nombreuses vues ingénieuses du travail de M. Poullet. PORAK.

**Ueber die Anwendung des scharfen Löffels in der Geburtshülfe (De l'emploi de la cuiller tranchante en obstétrique), par V. WECKBECKER-STERNEFELD, de Munich** (*Archiv für Gynækologie, Band XX, Heft* 2).

L'auteur formule ainsi les indications de l'emploi de la curette :

1° En cas d'avortement dans les trois premiers mois, lorsqu'il y a : *a*) rétention de la totalité de l'œuf dans l'utérus, par suite d'adhérences; *b*) rétention de l'œuf, par le fait d'étroitesse de l'orifice; *c*) rétention des débris de l'œuf ou de l'ensemble des membranes;

2° En cas d'accouchement prématuré ou artificiel, lorsque la délivrance spontanée ou artificielle a laissé dans l'utérus des cotylédons ou des débris de placenta;

3° En cas d'inertie utérine, la curette constitue un moyen puissant et inoffensif;

4° Pendant les suites de couches, l'emploi de la curette est indiqué pour enlever les caillots sanguins, les débris de placenta, les productions polypeuses de la surface placentaire;

5° Dans les cas de môle charnue ou hydatique, et même dans les cas de myome avec dégénération des parois utérines.

La manœuvre de la curette n'offre aucun danger. Il est inutile de fixer l'utérus avec une pince à crochets, l'anesthésie n'est pas nécessaire. L'auteur n'attache aucune importance à la courbure de l'instrument; il se sert indifféremment d'instruments courbés ou droits. L'emploi, après le raclage de liquides médicamenteux, est rarement nécessaire.

L'auteur a réuni une série de 100 cas, provenant soit de la clinique et de la policlinique de Munich, soit de sa pratique privée : 26 observations sont rapportées en détail. L'emploi de la curette se trouvait indiqué 56 fois par des hémorragies, 13 fois par des signes de décomposition, 31 fois par des motifs prophylactiques, 9 fois l'œuf tout entier plus ou moins décomposé a été enlevé, 59 fois l'opération a été pratiquée immédiatement après l'accouchement. Il y a eu 5 morts : 3 par septicémie, 1 par typhus abdominal, 1 par péritonite. Dans les cinq cas, l'affection qui a emporté la malade avait été constatée avant l'opération. Le dernier cas seulement peut être mis sur le compte de l'opération. Dans tous les autres cas, la guérison fut rapide. Dans la plupart des cas, l'opération n'était suivie d'aucune réaction, et l'on constatait bientôt l'involution de l'utérus et le retour des forces. Même dans les cas où des symptômes menaçants d'infection puerpérale existaient, le raclage avait pour résultat immédiat d'atténuer les phénomènes locaux.

L'auteur conclut de ces faits que l'intervention opératoire chez les accouchées n'est pas aussi périlleux qu'on le croit généralement. (Voy. *R. S. M.*, XX, p. 183.) H. DE BRINON.

**Ueber einige Indicationen zur Cranioclastextraction (Quelques indications de la cranioclasie), par Heinrich FRITSCH** (*Sammlung klinischer Vorträge, n° 231, 1883*).

Une première indication du crânioclaste est fournie par les cas de placenta prævia dans lesquels le col n'est ni dilaté ni dilatable et dans lesquels cependant la vie de la mère court un danger imminent.

Le crânioclaste est aussi indiqué dans les cas de chute du cordon, lorsque l'enfant est mort, et que la prolongation de l'accouchement met en danger la vie de la mère. Cet accident se présente fréquemment dans les présentations du sommet chez des femmes à bassin étroit asymétrique.

Lorsqu'il y a de la fièvre, le crânioclaste est souvent le moyen le plus inoffensif de terminer l'accouchement. C'est ainsi que l'auteur l'a appliqué sur le premier des jumeaux dans un cas de grossesse gémellaire ; les enfants étaient morts, la mère avait une fièvre intense, et la dilatation était d'une pièce de cinq francs. Le col ne fut pas même déchiré, le deuxième enfant passa facilement, et les suites de couches furent sans fièvre.

L'auteur a appliqué le crânioclaste dans un cas de carcinome de la portion vaginale. Le carcinome avait été reconnu au 8e mois de la grossesse, le fœtus mourut subitement, une très petite quantité d'eaux avait été perdue ; la tête se présentait. Comme on ne pouvait trouver l'orifice, il n'était pas question de dilatation. L'auteur appliqua le crânioclaste et réussit à extraire l'enfant ; la mort remontait à 18 heures et déjà le contenu utérin et le placenta en particulier développaient une odeur fétide. Dans un cas pareil le forceps, le céphalotribe et la version manuelle auraient produit des désordres considérables. L'expectative n'était pas moins dangereuse. Avec le crânioclaste l'hémorragie fut insignifiante et la malade sortait au bout de 10 jours sans avoir eu de fièvre.

L'auteur a eu recours au crânioclaste dans un cas d'atrésie vaginale, où la tuméfaction des petites lèvres ne permettait pas de voir l'orifice. La fièvre était très forte ; le placenta était décomposé. L'extraction fut facile, mais suivie d'une abondante hémorragie. Suites de couches apyrétiques.

Une autre indication du crânioclaste se présente chez les primipares, avec large bassin, mais présentations défectueuses du sommet, par exprésentation du front ou inclinaison oblique de la tête, la petite fontanelle restant fortement en arrière.

Dans ces cas, si l'on applique le forceps, on ne peut arriver à extraire l'enfant que par de fortes tractions ; il en résulte de graves contusions et presque inévitablement une rupture du périnée. Ces accidents pourront être épargnés à la mère, si l'enfant est mort, par l'emploi du crânioclaste.

Au point de vue du manuel opératoire, l'auteur préfère le décubitus latéral lorsque la tête est au détroit supérieur ; le décubitus dorsal, lorsque la tête est dans le bassin ou que la plus grande partie a franchi le détroit supérieur. Pour la perforation, l'auteur emploie exclusivement les ciseaux de Smellie, il perfore le crâne dans le point où le doigt protecteur arrive le plus facilement, sans se préoccuper de la portion du crâne

qui est atteinte. Dans la position latérale et lorsqu'il y a rétrécissement, la branche externe du crânioclaste est facile à introduire en bas, c'est-à-dire à l'extrémité du diamètre transversal. Dans cette même position, il est facile de diriger la traction suivant l'axe du bassin en appuyant sur le périnée et le périnée est facile à surveiller. H. DE BRINON.

**Dilatation præfœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée, par Léon DUMAS** (*Montpellier méd., août* 1883. *Soc. de méd. et de chir. prat., juillet* 1883).

Sous ce nom, Dumas décrit un procédé qui faciliterait l'ampliation de la vulve sans danger pour le périnée, en même temps qu'il s'opposerait à une expulsion trop rapide de la tête du fœtus. Voici en quoi consiste la manœuvre préconisée par l'auteur. Elle a fourni un succès dans le seul cas où elle a été mise en pratique.

« Les trois premiers doigts de la main droite, préalablement graissés, « sont introduits à travers la vulve jusque sur la tête, au moment où « celle-ci arrive à l'extrémité antérieure du vagin. Ils sont ensuite « écartés de façon à se loger entre la tête et l'orifice antérieur de ce « conduit. Ils constituent alors le *trépied* digital, sorte d'appendice en « forme de cône qui surmonte la tête et agit sur la vulve au moment de « chaque contraction utérine à la manière d'un coin. Ils jouent donc à ce « niveau le même rôle que joue la poche des eaux au niveau du col de « l'utérus. L'extension du périnée est encore facilitée par ce fait que, « l'orifice du vagin et la vulve étant ainsi entraînés en avant, la commis- « sure postérieure de la vulve est aussi tiraillée dans le même sens. »

A. MOSSÉ.

**Beitrag zur Therapie der Placenta prævia, par D. RÊTRAM** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 *août et* 1er *septembre* 1883).

Ruetimeyer a réuni les 33 insertions vicieuses du placenta, observées à la clinique de Berne depuis 1867 ; elles se décomposent en 20 insertions latérales et 13 centrales, en ne faisant rentrer dans celles-ci que les cas où le placenta obture encore complètement le col lorsque son orifice a atteint les dimensions de la paume de la main.

La mortalité des mères a été de 46 0/0 pour l'insertion centrale, et de 15 0/0 pour l'insertion latérale, soit une moyenne d'ensemble de 27 0/0.

La mortalité des enfants a été de 93 0/0 dans l'insertion centrale (dont 29 0/0 avant toute intervention), de 38 0/0 dans l'insertion latérale (dont 9 0/0 avant l'intervention), et de 60 0/0 comme moyenne générale.

Des 6 décès de mères survenus dans l'insertion centrale, 3 ont été causés par septicémie, 1 par péritonite (avec déchirure du col), et 2 par anémie. Les 3 femmes mortes à la suite d'une insertion latérale ont succombé à l'anémie.

Voici la pratique suivie par le professeur P. Müller, à la clinique de Berne :

Dès l'entrée de la femme, on pratique le tamponnement vaginal qui est renouvelé toutes les 12 heures si le travail se prolonge.

Lorsque le col est assez dilaté pour qu'on doive admettre une inser-

tion vicieuse centrale, si le tamponnement suffit à arrêter l'hémorragie, on n'intervient pas jusqu'au moment où le tampon commence à être repoussé par les contractions utérines et alors on fait la version podalique.

Lorsqu'il s'agit d'une insertion latérale et que le col permet l'introduction de la main, on a deux conduites à tenir suivant l'état des choses.

Si l'hémorragie est peu considérable, les douleurs énergiques, le bassin normal et les forces de la femme suffisantes, on rompt la poche des eaux, puis on attend pour voir si l'accouchement se fera spontanément, tout en observant la marche des contractions. Si, plus tard, on est obligé d'intervenir, on recourt, selon la position de la tête, soit au forceps soit à la version. Dans ces cas, Müller diffère la rupture de la poche, pour se mettre à l'abri des hémorragies internes, plus communes qu'on ne le croit.

Quand les circonstances, au contraire, nécessitent que l'accouchement soit terminé rapidement, on procède à la version podalique, comme dans le cas d'insertion centrale.

Lorsque l'hémorragie persiste après la délivrance, outre les hémostatiques ordinaires (seigle, frictions utérines, injections d'eau chaude ou froide ou de perchlorure), on pratique le tamponnement vaginal et on applique un bandage compressif autour du ventre, au moyen d'un fer à repasser qu'on enveloppe dans un drap. Ce bandage est placé de façon que le corps dur soit posé en travers sur le fond de l'utérus; le drap après avoir fait deux fois le tour du corps est noué en avant. Enfin, on applique une vessie de glace et l'on administre, en trois fois, 1gr,50 de seigle ergoté. (*R. S. M.*, I, 758; VII, 618; VIII, 247; IX, 595; XVI, 575 et XIX, 611 et 612.) J. B.

**Zur Behandlung der Placenta prævia, par Hermann JUNGBLUTH** (*Sammlung klinischer Vorträge*, n° 235, 1883).

La méthode de l'auteur consiste à dilater le col par une série d'applications d'éponge préparée, et à extraire l'enfant par la version, dès que la dilatation est complète. L'intervention est indiquée lorsque la violence des hémorragies ne permet plus l'expectation, ou lorsque l'accouchement est commencé. Après avoir désinfecté la vulve et l'entrée du vagin avec une solution phéniquée à 2 0/0, l'auteur reconnaît avec le doigt la direction et la largeur du canal cervical, et la distance qui sépare l'orifice externe de la face placentaire. Il choisit alors une éponge qui puisse pénétrer facilement dans l'orifice; il en régularise la surface extérieure avec un fort couteau, et la coupe, en lui laissant 2 centimètres de plus qu'il n'y a entre l'orifice externe et le placenta. Il la saisit dans une pince à séquestre, la plonge dans l'eau très chaude, et l'en retire immédiatement, pour l'essuyer. Puis, après avoir enlevé avec l'index et le médius de la main droite les caillots qui se trouvent dans le segment inférieur de l'utérus, il introduit l'éponge préparée sans pratiquer la moindre torsion, et abandonne la pince; les doigts qui sont dans le vagin, enfoncent l'éponge et la poussent vers la surface placentaire, pendant que la main gauche devenue libre exerce une pression en sens

inverse sur la matrice. Cette manœuvre demande 10 ou 15 minutes. Quelquefois une seule éponge suffit pour remplir le col; d'autres fois il en faut 3 ou 4. Dans aucun cas, l'application de l'éponge ne doit être précédée ni accompagnée de tamponnement vaginal. Cette première application d'éponge dure de 3 à 8 heures. Lorsque le doigt peut arriver en repoussant l'éponge latéralement, jusqu'à l'orifice interne, il est temps de renouveler l'application. La première éponge est enlevée avec une pince à séquestre ; elle n'a, si elle a été préparée d'après la méthode de l'auteur, aucune mauvaise odeur; mais seulement l'odeur d'une faible solution phéniquée. On introduit alors trois ou quatre éponges réunies, et on les fixe pendant 8 à 10 minutes, comme la première fois. Cette seconde application dure de 4 à 8 heures; elle est le plus souvent suffisante pour permettre l'introduction de la main dans l'utérus; rarement une 3e application est nécessaire. L'extraction de l'enfant se fait par la version dès que la dilatation est complète.

Par cette méthode l'enfant ne souffre pas; il n'a pas à jouer le rôle de tampon. L'éponge par ses propriétés élastiques et hygroscopiques favorise la formation de caillots dans les extrémités ouvertes des vaisseaux utérins. S'il se produit une hémorragie consécutive, cette hémorragie est toujours due à l'ablation prématurée de l'éponge; il est d'ailleurs facile de s'en rendre maître en introduisant dans l'utérus trois, au plus quatre éponges préparées entières. Le traitement est le même, que le placenta prævia soit latéral ou central.

Une partie très importante du traitement réside dans la préparation aseptique de l'éponge et sa conservation. L'auteur décrit minutieusement la méthode à laquelle il s'est arrêté.

L'auteur a appliqué 7 fois cette méthode de traitement. Dans tous les cas, la mère a été sauvée. Tous les enfants ont été retirés vivants; 4 sont morts : 1, huit jours après sa naissance, les autres, 1 heure et demie, 15 minutes (fœtus de 5 mois) et 24 heures après.

Les avantages de cette méthode sont :

1° D'être sans danger et d'une application facile dans tous les cas (les avortements au-dessous de 4 mois excepté).

2° D'arrêter immédiatement et définitivement l'hémorragie; de provoquer les contractions utérines jusqu'à la dilatation complète; de prévenir les hémorragies consécutives, en favorisant l'involution utérine;

3° De conserver intactes les membranes jusqu'à la dilatation complète; de prévenir la rupture du col et de faciliter, lorsqu'elle est nécessaire, la version et l'extraction de l'enfant.

4° De conserver les forces de la mère; d'éloigner le danger du collapsus, résultant de l'anémie cérébrale au moment de la terminaison de l'accouchement.

H. DE BRINON.

**Les maladies puerpuérales, par F. SIREDEY** (*In-8°, Paris*, 1884).

Cet ouvrage est le fruit de douze années de pratique dans un des plus grands services obstétricaux de Paris. C'est une œuvre essentiellement originale, longuement mûrie, où se reconnaît l'esprit de saine clinique et d'observation judicieuse qui distingue à si haut degré son auteur. Bien que destiné à faire connaître des recherches personnelles plutôt

qu'à l'analyse des travaux antérieurs, ce livre se recommande encore par la connaissance et la discussion approfondie de tout ce qui a été écrit même récemment sur le sujet. Grâce à la coopération d'un histologiste distingué ,ancien interne de l'auteur, les questions d'anatomie microscopique, moins familières aux cliniciens, sont traitées avec autant de compétence que la partie pathologique. L'ouvrage se divise en six livres. Le premier est consacré à l'état puerpéral physiologique; les symptômes normaux y sont l'objet d'une étude courte et substantielle; on y trouve de nombreuses observations thermométriques ainsi que d'intéressants détails sur la fièvre de lait dont Siredey conteste l'existence et l'involution utérine, dont le processus histologique est minutieusement exposé. Les livres suivants traitent de l'état pathologique limité aux affections de nature réellement puerpérale, l'auteur ayant éliminé de son cadre les affections accidentelles développées au cours de la puerpéralité (f. typhoïde, rhumatisme, etc.). Dans le second, après une indication générale des caractères propres aux maladies des femmes en couche, vient une étude étiologique très complète dans laquelle sont exposées les idées de l'auteur sur la puerpéralité pathologique. Trois facteurs interviennent pour constituer l'état morbide, l'accouchée d'une part, un principe infectieux de l'autre et entre les deux un agent de transmission. L'accouchée est prédisposée aux complications par les fatigues de la grossesse et du travail, mais surtout par l'existence de la plaie placentaire, plaie irrégulière, anfractueuse présentant sous forme d'orifices veineux ou lymphatiques d'innombrables bouches absorbantes. L'accouchée est donc un blessé et souvent même un blessé que des préoccupations morales, des souffrances excessives ou des hémorragies profuses, quelquefois l'intervention de l'art ont placée dans les plus fâcheuses conditions d'imminence morbide. Le danger commence pour elle, dès que s'est effectuée la séparation du placenta, aussi doit-on révoquer en doute l'authenticité des faits d'infection puerpérale développés pendant ou avant le travail. Avant la délivrance, il n'y a pas de plaie; par conséquent, pas d'absorption. La nature de l'agent infectieux ne saurait actuellement être précisée; toutefois il est infiniment probable que c'est un de ces organismes dont l'importance pathologique semble grandir de jour en jour. Son transport s'effectue par l'air et les objets de pansement; et surtout, fait important que l'auteur met parfaitement en relief, par le personnel médical, médecins, sages-femmes, infirmières qui, faute de précautions antiseptiques, transmettent d'une femme à l'autre dans l'examen ou les pansements le germe de la maladie. Sur ce point l'ouvrage contient un véritable luxe de preuves qui forcent la conviction.

Abordant ensuite l'anatomie pathologique, Siredey montre que deux éléments, lymphangite et phlébite, dominent les autres lésions; la plus commune de beaucoup étant la lymphite, comme l'ont démontré Cruveilhier et plus récemment Lucas-Championnière. Limitée aux espaces lymphatiques intra-utérins la lymphangite a pour conséquence la métrite puerpérale et un retard de l'involution. Étendue au ligament large, elle est l'origine de l'adéno-phlegmon (phlegmon du ligament large et de la fosse iliaque); envahissant le péritoine, elle donne lieu suivant le degré de sa virulence à la pelvipéritonite ou à la péritonite généralisée. Elle peut enfin dépasser les limites de la séreuse abdominale et franchissant

le diaphragme devenir l'une des causes de ces pleurésies purulentes bilatérales qu'il est assez fréquent d'observer à la fin, chez les femmes qui succombent à l'intoxication puerpérale. Outre la lymphangite profonde, l'auteur dit quelques mots de la lymphangite génitale externe d'origine vulvaire et montre qu'elle peut également par la voie des ganglions inguinaux et des lymphatiques iliaques aboutir à des phlegmons et à la péritonite. Avec la lymphite le mal s'étend de proche en proche par contiguité ; avec la phlébite, il peut en être de même, mais ici les métastases, suite d'embolie pyohémique, dominent le tableau, et entre le foyer utérin et les abcès viscéraux (foie, poumon, jointures) on ne trouve parfois aucune liaison apparente. A côté de la phlébite suppurée pyohémique, Siredey place la phlébite adhésive qui est à la première ce qu'est l'adéno-phlegmon resolutif à la péritonite généralisée. Pour lui, il y a plutôt différence de degré que de nature et sans rejeter absolument l'idée d'un thrombose simple, il tend plutôt à faire de la phlegmasia une forme très atténuée de l'intoxication. Les livres 3 et 4 sont consacrés à l'étude de l'infection puerpérale (lympho-péritonite, adéno-phlegmon ; phlébite adhésive ou infectieuse, affections mixtes, etc.). L'auteur indique avec l'autorité de sa longue expérience les divers aspects cliniques du mal, ses conséquences, ses allures parfois insidieuses, les erreurs de diagnostic qui peuvent en résulter.

Le livre 5 débute par une étude très complète des néphrites puerpérales caractérisées cliniquement par l'apparition de l'albumine dans l'urine 24 ou 28 heures après le commencement des accidents péri-utérins et anatomiquement par la suppuration disséminée du rein (en cas de phlébite suppurée seulement) ou plus souvent par la simple transformation vacuolaire des cellules des tubes contournés. Certains cas d'éclampsie puerpérale tardive dépendraient de ces néphrites. Les complications cardio-pulmonaires (endocardites, pleurésies, etc.) nerveuses (paralysies, manie puerpérale, tétanie...) sont ensuite rapidement passées en revue; puis viennent quelques détails sur les arthrites et les éruptions puerpérales.

Le livre 6 est consacré à la prophylaxie; l'auteur y montre qu'en l'absence d'agents spécifiques capables de neutraliser le poison, il faut s'efforcer par des soins minutieux de prévenir l'infection. C'est, dit-il, la propreté absolue des mains, des instruments et des objets affectés aux soins des malades qui nous paraît résumer la formule de la prophylaxie des maladies puerpérales. — 65 observations sont disséminées dans l'ouvrage ou réunies à la fin comme pièces justificatives. Ajoutons en terminant cette courte analyse, insuffisante pour donner une idée complète des qualités de l'ouvrage, qu'il est écrit d'un style clair et d'une lecture facile. C'est le meilleur traité des maladies puerpérales qui ait depuis longtemps été publié. H. DAULON.

**The prevention and treatment of puerperal septicemia, par T. GAILLARD THOMAS** (*New York medical society, in Medical News*, 15 *décembre* 1883).

Parmi les mesures prophylactiques les plus importantes, G. Thomas recommande la désinfection des différents objets de l'appartement avec une solution d'acide phénique, 10/100e, ou de bichlorure de mercure, 1/1000e; celle de l'accoucheur et de la sage-femme, avec une solution concentrée d'acide borique. Après la délivrance, on donnera de l'ergot de

seigle à l'accouchée ; si, à un examen attentif des organes génitaux, on découvre des solutions de continuité; il faut, après les avoir nettoyées scrupuleusement, les toucher avec du persulfate de fer et les recouvrir de collodion (gutta-percha collodion). Au bout de 6 à 8 heures, appliquer au niveau du col utérin un suppositoire contenant 0gr,30 d'iodoforme, et le renouveler toutes les deux ou trois heures pendant dix jours. — Toutes les huit heures, injections vaginales avec une solution de sublimé, au 1/1000e.

La fièvre puerpérale est-elle déclarée, calmer la malade à l'aide d'injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. — Faire des injections intra-utérines avec une solution de bichlorure de mercure au 1/1000e. Appliquer sur le ventre un appareil composé d'un tube de caoutchouc enroulé sur lui-même, et qui arrive à recouvrir tout l'abdomen. — Ce tube est parcouru par un courant continu d'eau glacée. C'est là une excellente méthode de réfrigération. Comme antipyrétique, administrer le sulfate de quinine ou le salicylate de soude. La nourriture de la malade se composera surtout de lait, mais les aliments animaux ne sont pas à rejeter. AUVARD.

**I. — Du pédicule dans l'opération de Porro. — Traitement intra-péritonéal par la ligature élastique et l'inversion du moignon, par CHALOT** (*Gaz. hebdom. des sc. méd. de Montpellier*, n° 23, 1883).

**II. — Ueber eine Modifikation des Porro'schen Kaiserschnittes, par HEUSNER** (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 42, 1883).

**III. — Eine Sectio cæsarea nach Porro mit intraperitonealer Stielversorgung (Opération de Porro : traitement intra-péritonéal du pédicule), par KABIERSKE junior** (*Centralblatt für Gynækologie*, nos 18 *et* 19, 1883).

**IV. — Report on results of post-mortem examination of the body of Lina Earl (Autopsie de Lina Earl), par Elliott RICHARDSON** (*Trans. of obst. Soc. of Philad.*, *p.* 423, 24 *avril* 1883).

I. — Dans la première partie de ce travail, l'auteur fait ressortir les dangers et les inconvénients du traitement extra-péritonéal et du traitement intra-péritonéal du pédicule, tels qu'ils ont été suivis jusqu'à ce jour dans l'opération de Porro.

Dans la seconde partie, Chalot indique quels sont les perfectionnements nécessaires à apporter au traitement intra-péritonéal du pédicule, et comment ils ont été jusqu'à ce jour réalisés par différents chirurgiens. Enfin, il expose un procédé dont il est l'auteur et qui est fondé essentiellement sur l'emploi de la suture élastique aux deux angles du moignon seulement et sur l'inversion du moignon avec adossement et suture des faces péritonéales sans dissection préalable de ces dernières.

Chalot pense que cette méthode réunit à un plus haut degré que les autres procédés employés jusqu'à ce jour, les différentes conditions de succès recherchées par les chirurgiens.

D'après l'auteur cette nouvelle méthode aurait pour but de réaliser les avantages suivants : 1° elle permet une hémostase facile et complète; 2° empêche la pénétration des lochies dans la cavité péritonéale, évite la gangrène du moignon et assure la réunion primitive; 3° elle exige le

moins de temps possible ; 4° elle peut être exécutée facilement et en tous lieux sans nécessiter l'intervention d'un outillage chirurgical spécial.

A. MOSSÉ.

II. — L'auteur a pratiqué quatre fois l'opération de Porro : ses quatre opérées sont mortes du 2e au 4e jour. La modification qu'il propose a pour but :

1° De mettre à l'abri de toute hémorragie et de l'accumulation de sang et de produits de décomposition sous le péritoine.

2° De produire une occlusion parfaite de la cavité abdominale.

Cette modification consiste à laisser au-dessus du tube de caoutchouc servant à la constriction un moignon haut de 3 à 4 travers de doigt. Une série de fils à ligatures horizontalement placés à un centimètre environ au-dessous de l'incision assureraient l'hémostase ; le moignon serait alors renversé ; les fils à ligatures, introduits dans le vagin par l'ouverture du moignon et les parois de l'entonnoir que formerait ainsi le moignon du côté de la cavité abdominale, seraient adossés et réunis par des sutures au catgut.

III. — Dans les premiers jours de janvier 1883, l'auteur est appelé auprès d'une femme enceinte, qui avait eu déjà plusieurs couches très difficiles. Elle était âgée de 32 ans, elle n'avait marché qu'à 5 ans. Premier accouchement à 17 ans, long et difficile, enfant mort. Deuxième accouchement 13 octobre 1878. Version très difficile ; céphalotripsie sur la tête séparée du tronc. Troisième avortement au quatrième mois. Quatrième accouchement le 23 avril 1880. Perforation : tentative infructueuse de céphalotripsie ; version et extraction. Cinquième accouchement prématuré artificiel, à la fin du huitième mois, le 25 novembre 1881. Version podalique ; impossibilité d'extraire la tête avec les mains ; version de la tête sur le sommet, perforation et extraction avec le cranioclaste. Les suites de couches avaient toujours été normales. Dernières règles le 17 avril 1882. Cette femme présente le type rachitique. Le bassin appartient à la catégorie des bassins plats rachitiques uniformément rétrécis et asymétriques. Le diamètre conjugué diagonal mesure 7 1/4 à 7 3/4, d'où l'on déduit un diamètre conjugué vrai de 5 1/2 à 6. L'enfant était vivant, et la mère demandait que l'on fasse tout pour sauver son enfant.

Après un traitement préparatoire de plusieurs jours, l'opération est pratiquée le 15 janvier dans une pauvre chambre mal éclairée. Le travail de l'accouchement avait débuté pendant la nuit précédente, et la dilatation du col était de 5 centimètres. Méthode antiseptique : spray jusqu'au début de l'opération. Après l'ouverture de l'abdomen, l'utérus est attiré hors de l'abdomen, et une forte constriction est exercée sur le segment inférieur à l'aide d'un tube de caoutchouc. Large incision de l'utérus partant du fond et se prolongeant sur la paroi antérieure ; le placenta est atteint ; l'enfant s'échappe par l'incision et se fait deux petites blessures sur le bistouri. Suture de la partie supérieure de la plaie abdominale. Section des ligaments larges entre deux ligatures, 7 centimètres au-dessus du tube élastique ; application sur le bord de l'utérus à 3 centimètres au-dessus du tube élastique d'une double ligature destinée à saisir les artères utérines. Dissection de la séreuse sur une hauteur de 7 centimètres au-dessus du tube élastique. Excision en entonnoir de l'utérus. Extraction des lambeaux de membranes et excision de la muqueuse du moignon. Le moignon recouvert par les lambeaux disséqués de la séreuse est réuni à l'aide de vingt fils de soie, disposés en étages. Le retrait du tube de caoutchouc ne donne lieu qu'à une faible hémorragie sur le côté droit du moignon. Toilette et suture de l'abdomen. Convalescence retardée par une pleurésie et des phénomènes de manie aiguë ; mais absence complète de symptômes de septicémie ou de péritonite diffuse ; la plaie abdominale guérit

par première intention ; les fonctions de la vessie et de l'intestin se régularisent promptement ; les premières dès le second jour, les autres vers le sixième jour. Le 15 février la malade commençait à se lever, et deux semaines après elle reprenait les travaux de son ménage.

L'auteur fait suivre ce fait de considérations sur la valeur relative de l'opération césarienne et de l'opération de Porro.

L'auteur porte la limite de l'opération césarienne jusqu'à 7 centimètres. H. DE BRINON.

IV. — La malade subit, le 22 septembre 1882, l'opération césarienne, modifiée par Porro et Müller. L'enfant fut retiré vivant, et la mère guérit rapidement. Elle succomba à New-York, le 24 février 1883, à une affection des reins.

A l'autopsie, les os longs des membres sont le siège de déformations rachitiques. Anasarque généralisée. Toute la portion sous-ombilicale de la cicatrice est le siège d'une vaste hernie, qui n'intéresse pas cependant l'ombilic. Cette hernie s'était développée six mois environ après l'opération.

La cavité péritonéale contient un peu de serum. Pas de traces de lésions inflammatoires, dans le péritoine, ou le tissu cellulaire du bassin. La hernie est recouverte par le péritoine et la peau. Il n'y a pas d'adhérences entre la cicatrice et les tissus sous-jacents, excepté à l'angle inférieur, où l'on avait fixé le moignon utérin. A ce niveau se trouve une petite dépression de la paroi abdominale, d'où part une bande fibreuse qui s'attache en bas à un corps qui paraît être le reste de l'utérus. Voici les dimensions du moignon utérin : longueur, $0^m,017$ 1/2, épaisseur verticale, $0^m,025$, largeur, $0^m,015$. L'orifice externe du col est rétréci, mais le canal cervical peut admettre la sonde anglaise n° 10. La muqueuse est rouverte d'une substance blanchâtre, épaisse, gélatineuse. Il n'y a pas de traces de tissu cicatriciel dans le point où l'on avait pratiqué l'amputation du moignon. Le bassin est rachitique.

Diamètre antéro-postérieur $0^m,050$ transverse, $0^m,107$ ; oblique, $0^m,109$. Les déformations du petit bassin sont très caractéristiques. La partie supérieure du sacrum est projetée en bas et en avant et fait saillie dans la cavité pelvienne, sa partie inférieure est fortement recourbée en avant. Les os pubiens sont presque droits, et viennent se rencontrer au niveau de la symphyse, de manière à former un angle obtus. Le détroit supérieur présente donc la forme d'un cœur de carte à jouer. Ces lésions de rachitique sont d'autant plus intéressantes à constater, que d'après tous les renseignements que l'on avait pris, la malade avait toujours joui d'une santé excellente depuis sa naissance, jusqu'au moment où elle dut subir l'opération césarienne. J.-B. H.

**Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft, 2 1/2 Jahre nach dem Tode der ausgetragenen Frucht, mit...** (**Grossesse extra-utérine ; laparotomie**), **par E. WELPONER et Ed. ZILLNER** (*Archiv für Gynækologie, Band XIX, Heft* 2).

La femme était âgée de 34 ans et avait eu une première grossesse normale 15 ans auparavant. La grossesse extra-utérine débuta en novembre 1876 par de violentes douleurs dans le bas ventre. En août 1877 douleurs expulsives et issue de caillots par les voies génitales. Les mouvements du fœtus, qui étaient perçus depuis la fin de mars, disparaissent.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé à ce moment. Il y eut des phénomènes péritonitiques qui durèrent 7 semaines, et au bout de 10 à 11 mois les époques reparurent. Après des alternatives de santé et de maladie l'opération est réclamée au commencement de 1880. Incision de la ligne blanche ; ponction avec un trocart ; écoulement de 2550 centimètres cubes de liquide brun jaunâtre, de consistance sirupeuse. L'isolement de la tumeur est très difficile ; les adhérences avec l'épiploon et avec les parois du bassin

sont coupées entre deux ligatures; le pédicule se trouve formé d'un cordon de 4 milimètres d'épaisseur (vraisemblablement le ligament ovarien) de nombreux vaisseaux artériels et veineux et du péritoine; au point d'insertion du pédicule on reconnaît la trompe droite qui forme un cordon en demi-cercle. L'ovaire gauche est normal, l'ovaire droit manque. Le pédicule est lié et abandonné dans l'abdomen. Pansement de Lister. Durée de l'opération, 1 heure et demie. Convalescence troublée par la formation d'un abcès de l'espace de Douglas qui s'ouvre spontanément dans le vagin, et d'un abcès de la paroi abdominale. Guérison. La tumeur contenait un fœtus du sexe masculin, long de 44 centimètres et pesant 1765 grammes. L'examen anatomique très détaillé du fœtus et du sac fœtal est fait par le Dr Ed. Zillner. H. DE BRINON.

**I. — Extrauterin Schwangerschaft. Laparotomie, par BRENDEL** (*Centralbl. f. Gynækol.*, *n°* 41, 1883).

**II. — Tubenschwangerschaft, Ruptur der Harnblase (Grossesse tubaire, rupture de la vessie), par GRŒDEL** (*Arch. f. Gynæk.*, *Band XIX*, *Heft* 2).

**III. — Ovarialschwangerschaft mit Lithopœdionbildung, par G. LEOPOLD** (*Ibid.*, *Band XIX*, *Heft* 2).

I. — Femme de 32 ans souffrant depuis un mois de frissons, fièvre et constipation invincible; la disparition des règles remonte à 6 mois. L'examen de la malade conduit au diagnostic d'enclavement de l'utérus gravide en rétroversion. L'opération est pratiquée le 5 juillet 1882; on trouve l'utérus vide; la tumeur fœtale est située en arrière de l'utérus, et remplit complètement le bassin. Le fœtus, presque à terme, est mort, faiblement macéré, mais sans odeur : le placenta est petit, presque complètement détaché, en morceaux; le cordon se déchire facilement. Hémorragie très abondante lorsqu'on enlève le placenta. Drainage par le vagin et par la plaie abdominale. Convalescence longue et pénible : accidents causés par la rétention du pus dans le sac fœtal; pneumonie d'origine embolique et phelgmatia alba dolens. Les règles reviennent, pour la première fois, 80 jours après l'opération. La fistule abdominale se ferme 117 jours après l'opération. Au bout d'un an, la fistule vaginale n'est pas encore fermée et sécrète du pus; mais la santé générale de l'opérée est excellente.

II. — Femme de 32 ans, à sa 4e grossesse.

Lorsque l'auteur fut appelé auprès de la malade pour des troubles dans la miction, les règles avaient disparu depuis 4 mois. Il constata de la fièvre, de la sensibilité de l'abdomen, et la présence d'une tumeur élastique s'élevant au-dessus de l'ombilic. L'urine, fortement alcaline, renfermait une énorme quantité d'albumine et un sédiment qui occupait le tiers de la masse; sa couleur était d'un brun sale tirant au noir, son odeur horriblement fétide. Le soir du même jour, on trouve la malade étendue sans connaissance hors de son lit. L'auteur constate alors la disparition de la tumeur qui occupait l'abdomen, l'état de vacuité de l'utérus et la présence dans le cul-de-sac vaginal postérieur d'une tumeur empâtée. Diagnostic : grossesse abdominale ou tubaire, rupture du sac.

Le cathétérisme de la vessie, obtenu très difficilement, donne quelques cuillerées d'urine fétide. On ponctionne avec un trocart fin la tumeur constatée dans l'espace de Douglas : il s'écoule environ un litre de liquide clair. Ce liquide est considéré comme de l'exsudat péritonitique. Après la ponction, on peut constater dans le cul-de-sac vaginal postérieur la présence d'un corps dur, ballottant.

La malade succombe le lendemain matin.

A l'autopsie, on trouve la vessie énormément dilatée et vide, la paroi anté-

rieure très épaissie, la postérieure, amincie, recouverte de mucosités noires, et présentant une perforation au centre d'une ulcération large comme un thaler. La cavité abdominale renferme une très grande quantité de liquide. En arrière de l'utérus, dans le bassin, se trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, renfermant un fœtus de 4 mois. En introduisant une sonde dans la trompe gauche, on tombe presque immédiatement sur la tumeur presque contiguë à l'utérus; et une incision peu profonde fait pénétrer la sonde dans la cavité du sac fœtal. Le sac fœtal ne présente aucune déchirure.

L'auteur ne connaît pas d'autre cas de perforation de la vessie pendant une grossesse extra-utérine. Il lui paraît difficile de décider si la rupture a été causée par la chute de la malade, ou est survenue spontanément sous l'influence de la compression de l'urètre.

III. — Ce lithopédion fait partie, depuis 1875, du musée d'anatomie pathologique de Leipzig. Il provient d'une femme morte à l'âge de 75 ans. Cette femme avait eu 8 grossesses. La 5e, survenue vers l'âge de 40 ans, était extrautérine; elle fut reconnue et se termina, sans avoir amené aucun trouble, par la mort du fœtus à terme. Les trois dernières grossesses furent régulières. L'existence d'une tumeur, siégeant dans l'hypocondre gauche, et augmentant chaque année de consistance, fut plusieurs fois constatée par des médecins.

La tumeur pèse 1,550 grammes et mesure 41,2 centimètres de circonférence maxima. La capsule a presque partout la dureté osseuse. L'absence d'ovaire droit, l'union du kyste avec l'utérus par le ligament ovarien droit, l'absence de participation de la trompe droite à la formation de la tumeur, établissent le siège de la tumeur dans l'ovaire droit; il manque la preuve de l'existence des éléments ovariens dans la paroi du sac; mais il n'est pas étonnant que ces éléments aient disparu. L'enveloppe dure, calcaire, présente, à son point d'insertion au ligament large, le placenta ratatiné et s'applique exactement sur le fœtus. En dehors du ligament large, elle n'a contracté d'adhérences qu'avec l'épiploon; les vaisseaux de l'épiploon pénètrent dans la capsule et se développent sur ses parois. L'enfant lui-même est presque à terme : toutes ses parties sont relativement bien conservées et se trouvent dans la première période de manifestation.

Le sac fœtal a donc été formé primitivement aux dépens du tissu même de l'ovaire; l'enveloppe extérieure de l'ovaire et les membranes de l'œuf ont constitué au fœtus une enveloppe qui n'a subi aucune altération ni au moment de la mort du fœtus ni après sa mort, et a contracté des adhérences extérieurement avec l'épiploon, intérieurement avec différentes parties du fœtus. Les membranes intactes isolaient d'autant mieux le fœtus de la cavité abdominale que l'infiltration calcaire augmentait de mois en mois. Tout essai de la part de la cavité abdominale d'envelopper le corps étranger de globules blancs, de le pénétrer et, enfin, de le dissoudre, était rendu impossible; c'est ainsi que le fœtus s'est conservé; mais il se serait ratatiné et desséché beaucoup plus vite, si sa nutrition ne s'était prolongée par les vaisseaux de l'épiploon. Ainsi s'expliquent la parfaite conservation du fœtus, la forme pleine des membres et la persistance au microscope de la structure épithéliale et musculaire.

C'est le 14e fait publié de grossesse ovarienne. H. DE BRINON.

**Punctured wound of the pregnant uterus; partial escape of the fœtus into the abdominal cavity; retention of the fœtus five years (Plaie pénétrante de l'utérus gravide; issue partielle du fœtus dans la cavité abdominale; réten-**

**tion du fœtus pendant cinq ans), par BAER** (*Transactions of the obstetrical Society of Philadelphia ; Medical News, p.* 49, *juillet* 1882).

Le 4 octobre 1881, une Irlandaise se présentait au Dispensaire, demandant un bandage pour une hernie ventrale, située sur le côté droit de l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic, qui s'était faite à travers une perforation arrondie, grande à peu près comme une pièce de cinq francs en argent, ayant intéressé toutes les parties à son niveau excepté la peau. Mais en l'examinant, on constata en outre, dans la région hypogastrique, une masse circonscrite, environ du volume de l'utérus gravide au 6e mois, s'élevant jusqu'à l'ombilic et débordant la ligne médiane un peu plus à gauche qu'à droite. Elle était assez flasque et, par la pression, on y déterminait une sorte de crépitation due au frottement les uns contre les autres d'os qui, d'après les renseignements obtenus, devaient être les restes d'un fœtus retenus dans l'utérus. Cinq ans auparavant, en effet, huit jours avant le terme d'une cinquième grossesse, la malade avait en tombant sur un montant de chaise cassée, reçu dans la partie inférieure droite de l'abdomen, une forte contusion qui fut suivie d'une syncope, dont elle revint très rapidement, puis d'une douleur intense et d'une distension considérable de l'abdomen. Huit jours après elle paraissait entièrement guérie, quoique l'enfant, qui avait survécu trois jours, n'eût pas été expulsé. On admit une rupture de l'utérus avec issue du fœtus dans la cavité abdominale. Trois mois après les règles revenaient et la santé était parfaite.

On engagea la malade à laisser enlever le reste du fœtus par les voies naturelles, mais ce n'est que trois mois après qu'elle accepta, lorsque sa santé était profondément altérée, cette opération qui, pratiquée le 5 janvier 1882, fut longue et difficile. Le fœtus était solidement fixé et tellement désagrégé que ce n'est que morceau par morceau qu'on put en retirer une partie, à l'aide d'une pince fenêtrée à polypes ; mais au bout d'une demi-heure on fut obligé de cesser par suite d'une violente hémorragie qu'augmentaient les tractions ; la femme était restée une heure et demie sous l'influence de l'éther. Les jours suivants, il y eut un écoulement des plus fétides, provenant de la cavité utérine et comme il y avait évidemment de la septicémie, on fit le 5e jour une nouvelle tentative, qui permit de vider l'utérus, pas complètement pourtant, car pendant plusieurs semaines encore un os était de temps en temps rejeté par le vagin, mais suffisamment pour permettre de constater que dans son intérieur se trouvait à droite une ouverture qui laissait facilement passer deux doigts dans une cavité située au-delà. La malade guérit mais lentement et difficilement ; elle eut de nombreux abcès pyémiques, dont l'un amena la perte d'un œil. J. CARRIÈRE.

---

# MALADIES DES ENFANTS.

**Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, par H. ROGER** (*Syphilis, Coqueluche, t. II, Paris,* 1883).

C'est dix ans après le premier volume des *Recherches cliniques* de M. Roger que paraît seulement le tome second ; mais, le lecteur sera récompensé de cette longue attente, en trouvant dans le livre qui vient de

paraître une œuvre extrêmement intéressante, remplie de faits cliniques, l'ouvrage d'un médecin qui a beaucoup vu, beaucoup étudié et qui sait exposer le fruit de son expérience avec une remarquable clarté.

Le second volume traite : 1° de la syphilis infantile, héréditaire ou acquise ; 2° de l'auscultation de la tête et de l'ossification des fontanelles ; 3° du tænia chez les enfants ; 4° de la coqueluche. Mais sur 830 pages plus de 250 sont consacrées à la syphilis, plus de 500 à la coqueluche ; nous n'analyserons que ces deux sujets magistralement et originalement traités avec tous les détails qu'ils peuvent comporter.

Après quelques considérations sur la syphilis intra-utérine, l'auteur étudie attentivement la syphilis congénitale et la syphilis acquise dans leurs diverses manifestations ; un des chapitres les plus intéressants est certainement celui qui traite l'étiologie de la syphilis héréditaire et les conditions de transmission du virus syphilitique des parents aux enfants ; ce sont des questions souvent fort embarrassantes et sur lesquelles la clarté est loin d'être parfaite. Si le père et la mère sont tous les deux entachés de syphilis, l'enfant qui naîtra de leur union sera presque infailliblement intoxiqué ; c'est là l'opinion de tous les auteurs, mais l'accord est loin d'être unanime sur la question de l'infection par un seul ; si l'on en croit Cullerier, la mère seule possède le droit de contage, si l'on écoute Mayr de Vienne, on ne devrait incriminer que le père.

Les observations tendant à montrer la justesse de cette dernière opinion sont fort rares, mais quelques-unes sont réellement probantes et il semble que dans quelques cas la mère a complètement échappé à l'infection ; au contraire les observations sont nombreuses, dans lesquelles la mère seule avait été l'agent infectieux.

L'œuf fécondé peut être ultérieurement contaminé par un coït postérieur, mais il est inadmissible que la mère puisse échapper à l'infection, car c'est invraisemblablement par la circulation maternelle que l'œuf se trouve être intoxiqué.

Bärensprung pensait que lorsque la mère contractait la syphilis pendant les cinq ou six derniers mois de la gestation, même quelquefois au delà, le fœtus restait indemne dans la plupart des cas ; l'auteur au contraire, restreint de beaucoup l'immunité du fœtus et pense qu'elle ne peut être portée au delà du septième mois de la grossesse.

Enfin, quelques observations tendent à prouver la possibilité de la transmission de la syphilis à la mère, jusque-là indemne, par le fœtus intoxiqué par le père ; cette syphilis par *choc en retour* n'est admise par M. Roger qu'avec une certaine réserve. La question de la contagion des nourrices par les nourrissons est aujourd'hui universellement admise.

Quant à la question de la syphilis héréditaire tardive apparaissant chez des sujets déjà âgés et caractérisée, suivant Hutchinson, par des lésions particulières des dents, la kératite, le facies particulier, la forme du crâne, l'auteur émet plus qu'un doute et croit qu'il faut incriminer de certains cas le rachitisme, dans d'autres une syphilis acquise ; ne sait-on pas aussi que les pyrexies, les dyspepsies chez les adolescents et les enfants, sont une cause fréquente des altérations dentaires ?

La partie de l'ouvrage relative à la coqueluche forme le traité le plus complet qui ait été publié sur ce sujet. M. Roger considère trois formes principales à la coqueluche : la coqueluche moyenne, la coqueluche in-

tense ou hypercoqueluche, la coqueluche bénigne ou coqueluchette, puis après avoir décrit succinctement ces trois types bien distincts, il revient successivement sur les différentes phases de la coqueluche.

A son début, lorsqu'elle n'a pas encore ses caractères propres, elle peut être facilement confondue avec bien d'autres affections, et cependant il importe beaucoup que le diagnostic soit fait. Dans sa période moyenne, la coqueluche évolue sous trois formes principales, marquées par la prédominance de certains symptômes, la forme nerveuse, la forme inflammatoire qui se montre surtout chez les jeunes enfants et qui s'accompagne fréquemment d'une élévation de la température en dehors de toute affection pneumonique ; enfin, l'auteur décrit une troisième forme, la forme gastrique, caractérisée par la fréquence de vomissements et qui constitue un type d'intensité moyenne ou grave.

Dans les chapitres suivants sont décrits la période de déclin, les accidents, puis les complications. Un mot sur l'ulcération du frein qui a été étudiée encore récemment ; contrairement à M. Delthil qui voit dans l'ulcération un élément caractéristique, spécifique pour ainsi dire de la coqueluche, l'auteur pense qu'elle est le résultat de la violence exercée par les dents sur le frein dans les efforts de toux ; si on l'a observée chez des enfants dont les incisives inférieures n'ont pas encore poussé, il faut en chercher peut-être la cause dans les manœuvres exercées par les doigts d'une mère prévoyante pour retirer les mucosités de la bouche de son enfant. Les complications sont étudiées avec les plus grands détails, puis enfin, si l'on parcourt le chapitre consacré au traitement, on y trouve une mine de précieux renseignements ; les indications thérapeutiques suivant les types, les formes, la période sont posées d'une façon extrêmement précise et claire, aussi présente-t-il le plus grand intérêt.

W. ŒTTINGER.

**Manuel de pathologie et de clinique infantile, par DESCROIZILLES** (*In*-18, *Paris*, 1883).

Le livre de M. Descroizilles est un traité complet des maladies de l'enfance, non seulement des affections médicales, mais aussi de beaucoup d'affections chirurgicales, malformations, coxalgie, etc., qui sont si fréquentes dans les hôpitaux spéciaux. Chaque chapitre de ce traité complet de la pathologie de l'enfance est un peu résumé, mais accompagné de nombreuses et importantes indications bibliographiques ; signalons particulièrement les pages qui ont trait à la pathologie des nouveau-nés, à ces affections mal définies et si délicates à soigner, les chapitres relatifs aux fièvres éruptives à la diphtérie, etc. ; peu de détails, mais un exposé, clair et succinct.

Ce qui donne encore un grand intérêt à cet ouvrage, c'est la partie thérapeutique longuement et minutieusement traitée ; c'est encore un formulaire spécial annexé à la fin du volume et qui rendra certainement à beaucoup d'étudiants et de jeunes médecins de grands services ; ils trouveront là une série et une quantité de formules précieuses à étudier et à retenir.

W. OETTINGER

**Manuel pratique des maladies de l'enfance, par ELLIS. Traduit sur la 4e édition anglaise, par L. WAQUET** (*In*-18, *Paris*, 1884).

L'intérêt tout particulier de ce livre, qui a obtenu un grand succès en Angleterre, est le développement considérable donné à la partie thérapeutique; le lecteur y trouvera de nombreux renseignements sur l'hygiène des enfants telle qu'elle est pratiquée en Angleterre; il y trouvera en outre les indications thérapeutiques spéciales à chaque affection longuement discutées. Quant à la partie clinique, elle est peut-être trop reléguée au second plan et les descriptions des maladies sont parfois un peu trop sobres de détails; le diagnostic, la marche, les types cliniques si variés que peuvent revêtir fréquemment des affections, telles que la coqueluche, la diphtérie, la bronchopneumonie, etc., sont presque entièrement passés sous silence.

Malgré ces quelques imperfections inhérentes à un ouvrage d'un volume restreint, l'auteur a su donner à son livre un intérêt tout particulier d'originalité par les nombreuses et précieuses indications thérapeutiques qu'on peut y trouver. En outre, à la fin de l'ouvrage se trouve annexé un formulaire complet qui sera certainement fort intéressant à consulter et qui fournira au médecin d'utiles renseignements.

W. OETTINGER.

**De la nature de la coqueluche et de son traitement par la résorcine, par MONCORVO** (*Paris*, 1884, *broch. in*-8°, *de* 100 *pages*).

M. Moncorvo met en évidence la discordance des opinions du grand nombre d'auteurs qui ont étudié la nature de la coqueluche tantôt localisée dans l'encéphale, dans la moelle allongée, dans la dixième paire, dans l'estomac, les intestins, tantôt dans les bronches, dans les poumons, dans les ganglions bronchiques, dans le larynx.

L'auteur se propose ensuite de démontrer que la nature *parasitaire* de la coqueluche avait été déjà soupconnée par Linné, et un peu plus tard par Rosen de Rosenstein en 1778. Watson, de Glasgow, la rattachait à la pénétration d'un principe toxique dans les voies respiratoires.

L'auteur pense que les premières recherches micrographiques sur l'air expiré par les enfants atteints de coqueluche ont été faites par le Dr Paulet, qui y a trouvé un véritable monde d'infusoires. Mais c'est à Letzerich qu'on doit les premières cultures des micrococci trouvés par lui dans les crachats des coquelucheux; les recherches d'Oltramare de Genève, sont venues à l'appui de la doctrine parasitaire sur la nature de la coqueluche.

M. Moncorvo, pour sa part, s'est livré à des examens répétés des crachats des enfants affectés de cette maladie, soit avant le traitement, soit après, et il est arrivé à trouver dans ces crachats un nombre très considérable de micrococci doués de mouvement, infiltrant en totalité les cellules épithéliales; leur nombre allait en diminuant, au fur et à mesure que l'on insistait sur l'application topique de la solution de résorcine.

L'auteur a conclu de ses investigations que la coqueluche devait être rangée dans la classe des maladies parasitaires.

Comme traitement, antiparasitaire il donne la préférence à la résorcine, qui, étant un isomère de l'acide phénique, a sur ce dernier l'avantage d'une

action moins caustique et l'absence complète d'odeur. Les résultats cliniques ont tout à fait répondu à son attente, puisque M. Moncorvo a pu compter, sur 30 malades qu'il a soumis à l'emploi topique d'une solution à 1/100 de résorcine, partie dans le larynx, des succès assez rapides, caractérisés par la diminution des quintes et l'abréviation de la durée de la maladie.

La plupart de ses observations sont reproduites en détail dans son travail.

L'auteur tire de son mémoire les conclusions suivantes :

1° La coqueluche, dont la nature a été jusqu'à une époque très rapprochée le sujet des interprétations les plus diverses, en ce qui concerne sa genèse, paraît pouvoir être aujourd'hui rangée dans la classe des maladies parasitaires, d'après les dernières observations cliniques et recherches microscopiques;

2° La maladie paraît devoir être attribuée à la présence de micrococci qui prolifèrent en nombre prodigieux sur la muqueuse qui tapisse la région sus-glottique du larynx;

3° La résorcine, appliquée directement sur la muqueuse laryngée, est parvenue, dans tous les cas où elle a été employée, à faire décroître assez rapidement le nombre des quintes, à diminuer leur intensité, et à amener la guérison dans un très court délai. A. C.

**Ueber septische Pneumonie der Neugeborenen und Säuglinge (La pneumonie septique des nouveau-nés), par Oscar SILBERMANN** (*Deuts. Arch. f. klin. Med., Band XXXIV, Heft* 3, *p.* 334).

La pneumonie septique des nouveau-nés et des nourrissons, qui débute toujours par une trachéo-bronchite est une pneumonie catarrhale due le plus souvent à l'inhalation de particules étrangères; à l'aspiration des liquides corrompus de l'amnios ou des sécrétions génitales de la mère, ou encore à la respiration d'un air infecté par une maladie septique de la mère.

La pneumonie septique des nouveau-nés s'accompagne souvent d'une lésion de la plèvre. Il y a rarement lésion d'autres organes, contrairement aux affections septiques habituelles aux nouveau-nés, lesquelles se distinguent habituellement par la multiplicité des foyers.

Les alvéoles et les bronches des enfants qui succombent à cette pneumonie sont remplies de masses de bactéries. Les globules blancs sont notablement augmentés de nombre : ils sont très fragiles et se dissolvent avec une grande facilité,

L'ictère n'apparaît pas constamment au cours de la maladie.

La pneumonie septique se déclare le plus souvent deux jours après l'accouchement.

La pénétration des substances septiques dans le poumon des nouveau-nés se trouve facilitée par l'occlusion incomplète de la glotte et le peu d'étendue des grosses bronches et des bronches principales.

Le processus septique prend dans les poumons de ces enfants un développement très considérable à cause de la prolifération épithéliale active et de l'étroitesse des bronches de fin calibre. Il est favorisé par la faiblesse de la musculature et le peu de force des mouvements d'expiration.

ALBERT MATHIEU.

**Sur le traitement de l'empyème, par F.-M. HOBSON** (*The Practitioner, vol.* 28, *n°* 3, *p.* 184).

La première partie de cet intéressant article se rapporte presque totalement à l'étude pratique de l'empyème *chez l'enfant* et, pour cette raison, peut être analysée séparément.

L'auteur a emprunté ses conclusions aux statistiques officielles de l'hôpital d'enfants de Hackney-Road (Londres), au travail du Dr Goodhart du *Guy's Hospital Reports*, 1877, aux recherches des Drs Barlow, Parker, etc., ainsi qu'aux résultats de sa propre pratique.

Il nous montre tout d'abord que dans une liste comprenant indifféremment tout âge, la *moitié* ou le *tiers* se rapporte à des enfants âgés de moins de *cinq ans*.

Pour préciser, il nous apprend que Goodhart, sur 77 faits, en relève 41 au-dessous de 10 ans et 36 de 10 à 40.

Ces 41 faits ne donnent que 17 décès, soit 41,50 0/0, contre 17 décès sur les 36 autres ou 47,3 0/0, et conclut par conséquent que l'empyème est un peu moins grave pour l'enfant que pour l'adulte.

En recherchant avec lui quelles modifications peuvent être apportées dans ces chiffres par l'un ou l'autre des modes d'intervention qui suivent (1° Incision, traitement antiseptique ; 2° ponction suivie ou non d'incision ; 3° abstention complète). Il constate :

1° Que l'abstention lui a donné 4 décès sur 7 cas;

2° Que la ponction pratiquée une, deux et trois fois sur 37 sujets a fourni 10 décès (20 0/0), l'épanchement étant parfois très considérable. Dans 8 cas où la durée de la maladie a été estimée, elle a été estimée à 1 ou 8 mois comme termes extrêmes;

3° Quant à l'opération de l'empyème plus longuement étudiée, elle est ici plus favorable que chez l'adulte et n'a produit que 8 décès sur 27 opérés (27 0/0 environ). La durée de la suppuration chez ceux qui guérirent, fut en moyenne de 2 mois, mais se réduisit à 46 jours dans quelques cas où le traitement antiseptique fut rigoureusement appliqué, tandis que, dans d'autres cas où il ne fut pas employé, on dut compter de 107 à 198 jours.

Cette opération peut être faite de diverses manières.

Goodhart incise le 9e espace à l'angle postérieur des côtes. Barlow et Parker font pénétrer un trois-quart par la face antérieure, et font ressortir la pointe en dedans et au-dessous de l'angle de l'omoplate, puis installent un tube à drainage. Morgan (*Lancet*, 1881, mars) incise le 5e ou 6e espace sur la ligne mammaire, y place une canule, non seulement pour faire des irrigations, mais aussi pour y introduire une tige métallique destinée à rompre les loges purulentes qui ont pu se former.

Comme conclusion et comme règle, l'auteur conseille de ponctionner une fois, deux fois, trois fois et plus si l'enfant va bien, mais aussi d'ouvrir largement la poitrine à l'angle costal et à employer rigoureusement la méthode antiseptique pour peu que la santé décline ou que le pus devienne fétide. G. L.

**The presence of the micrococcus in the blood of malignant measles; its importance in treatment** (De la présence des micrococcus dans le sang des sujets

**atteints de rougeole maligne ; de l'importance de ce fait au point de vue du traitement), par John-M. KEATING** (*Philadelphia med. Times*, 12 *avril* 1882).

Dans ce travail qui repose sur un grand nombre de faits observés à l'hôpital des enfants de Philadelphie, l'auteur établit l'existence des micrococcus dans le sang provenant des papules rubéoliques, même dans les cas bénins où le sang fourni par une piqûre du doigt ne présente rien d'anormal. Dans les cas graves, au contraire, caractérisés par des signes rapides de malignité, le micrococcus apparaît de très bonne heure dans la circulation générale. Lorqu'il existe des phénomènes fébriles très intenses, il se produit une augmentation notable de la fibrine avec tendance à la coagulation. Ainsi que le prouve l'examen microscopique, le micrococcus peut attaquer les globules blancs et les détruire. Les hématies, sous la même influence, changent d'aspect et perdent au bout d'un temps plus on moins long leurs propriétés physiologiques. Alors le pronostic est fatal, quel que soit le traitement auquel on ait recours. Par contre, lorsque les globules blancs sont intacts, on peut espérer quelque chose d'une thérapeutique active, à la condition qu'il ne se produise pas de complications viscérales graves.

C'est l'alcool à haute dose qui semble être l'agent le plus propre à combattre le développement du parasite. On peut lui associer la quinine, le fer à doses petites et répétées, la digitale, les bains, etc. Comme règle générale, à défaut d'un examen microscopique minutieux du sang, on pourra se baser sur la gravité des symptômes pour diriger le traitement dans un sens énergique. Cette gravité est, en effet, en raison directe des modifications du liquide sanguin. GASTON DECAISNE.

**Da dilataçao do estomago nas creanças e seu tratamento (Dilatation de l'estomac chez les enfants), par MONCORVO** (*Broch.*, 79 *pages*, *Rio-de-Janeiro*, 1883).

L'auteur, professeur de clinique des maladies des enfants à Rio-de-Janeiro, a eu l'occasion d'observer neuf cas de gastrectasie chez des enfants de 15 mois, 2 ans, 3 ans et 13 ans. Cette dilatation stomacale était survenue comme conséquence d'une gastro-entérite chronique produite par les mauvaises conditions hygiéniques et surtout par une alimentation vicieuse et de mauvaise qualité. De plus, sept de ces enfants présentaient des signes bien accusés de syphilis héréditaire ; chez six d'entre eux se joignaient des accidents d'impaludisme ; un, enfin, était atteint de tuberculose.

L'auteur débute, dans son travail, par une étude générale des causes et des signes de la gastrectasie. Chez les enfants, la dilatation se reconnait aussi aisément que chez l'adulte par les moyens ordinaires. Les vomissements incessants, la lientérie, l'état d'affaiblissement de l'un de ses petits malades donnèrent à l'auteur l'idée de recourir, en dehors de la médication appropriée, au lavage de l'estomac au moyen du tube Faucher, modèle de 8 millimètres. Le résultat fut des plus heureux ; l'opération se faisait sans difficultés et le petit malade guérit bien. Chez les autres, M. Moncorvo a eu souvent recours, avec succès, à la faradisation de la région épigastrique.

Le mémoire contient les neuf observations avec tous les détails de la médication suivie dans chaque cas. A. CARTAZ.

**Die Gelbsucht der Neugeborenen** (L'ictère des nouveau-nés), par M. HOFMEIER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynœkologie, Band VIII, Heft* 2).

De graves objections s'élèvent, d'après l'auteur, contre les deux théories en vigueur (théorie hématogène, théorie hépatogène), et ni l'une ni l'autre ne peut expliquer l'ensemble des phénomènes qui se rattachent à l'ictère des nouveau-nés. La récente théorie de Birch-Hirschfeld n'est pas à l'abri des critiques, bien qu'elle s'appuie sur 600 autopsies de nouveau-nés; elle reconnaît pour cause de l'ictère un œdème normal de la capsule de Glisson, déterminant la compression des voies biliaires.

D'après l'auteur, l'ictère n'est qu'une manifestation partielle résultant du mouvement général de nutrition qui se produit chez l'enfant dans les premiers jours de la vie. Il se rattache intimement à une série de phénomènes, qui se produisent constamment chez le nouveau-né, et qui prennent un développement plus grand en cas d'ictère : diminution de poids du corps; augmentation extraordinaire (pendant les neuf premiers jours de la vie) de la sécrétion urinaire, de la production d'acide urique et d'infarctus urique, de l'excrétion d'albumine. On observe en même temps un phénomène qui accompagne constamment l'ictère, et varie avec le degré d'intensité de l'ictère; c'est la sécrétion par les voies urinaires d'une matière colorante jaune. Ces faits ressortent de 56 observations recueillies par l'auteur, à la Maternité de Berlin.

Cette coïncidence une fois établie entre l'ictère d'une part et la nutrition défectueuse du nouveau-né, l'auteur se demande quel est le lien qui les unit. L'état d'inanition du nouveau-né a pour conséquence la résorption d'une certaine quantité de l'albumine du sérum sanguin, et par suite une modification profonde du plasma sanguin. Cette modification du plasma ne peut elle-même avoir lieu sans exercer une influence funeste sur les globules rouges, sans qu'une partie plus ou moins considérable de ces globules ne soit détruite. L'auteur en arrive ainsi à se demander si inversement une destruction plus ou moins étendue les globules rouges n'aurait pas pour conséquence la production de l'ictère, et il constate qu'à la suite de l'administration du chloroforme à la mère, l'ictère est plus fréquent et que l'intensité de l'ictère est proportionnée à la durée de l'administration du chloroforme. On sait que le passage du chloroforme dans le sang a pour effet la destruction de globules rouges; et l'inhalation de vapeurs chloroformiques par la mère introduit du chloroforme dans le sang du fœtus par l'absorption placentaire. Mais une preuve plus directe est fournie par l'examen microscopique du sang du nouveau-né et par la comparaison du sang d'enfants ictériques et non ictériques.

L'auteur a constaté que les globules rouges du nouveau-né ont moins de tendance à la formation en pile, plus de résistance aux liquides dissolvants, et que la proportion des globules blancs est très variable, mais en général augmentée; ces modifications vont en augmentant à partir de la naissance jusqu'au 3e et 4e jour; et à partir de ce moment, le sang reprend peu à peu sa constitution normale. Chez les enfants ictériques, les trois modifications du sang signalées plus haut se retrouvent, mais à un degré beaucoup plus prononcé. En d'autres termes, le sang du nouveau-né atteint d'ictère, ou, si l'on aime mieux, de coloration ictérique de la peau, est notablement plus riche en hématoblastes.

Grâce à un procédé microchimique très sensible, l'auteur a constaté que la matière colorante biliaire existe constamment dans l'urine des enfants ictériques, et en proportion directe avec l'intensité de l'ictère. Birch-Hirschfeld a prouvé de son côté que l'acide gallique existe dans la sérosité péricardique des enfants ictériques. Il y a donc chez les nouveau-nés ictériques de la bile dans le sang et de la matière colorante biliaire dans les excrétions et la sérosité péricardique. Comme le foie est un des principaux organes de destruction des globules rouges, comme la matière colorante biliaire est un des principaux produits de transformation de la matière colorante du sang, l'auteur en conclut que la destruction des globules rouges et l'augmentation de la sécrétion biliaire concourent à la production de l'ictère des nouveau-nés. La sécrétion biliaire se trouve précisément accrue par l'inauguration des fonctions de l'intestin comme organe de digestion. Le passage dans le sang de la matière colorante biliaire peut être favorisé par certaines conditions anatomiques des voies biliaires : état succulent, hyperémique de la muqueuse intestinale, irritée par le phénomène nouveau de la digestion; étroitesse congénitale du canal cholédoque (Kehrer), qui ne s'adapte pas à cette production subite et exagérée de bile, et enfin œdème fréquemment constaté de la capsule de Glisson (Birch-Hirschfeld).

L'auteur tend en somme à concilier les deux théories : hépatogène, hématogène. L'ictère, tel qu'il le décrit, est-il un phénomène physiologique ou pathologique ? Il laisse la question indécise. H. DE BRINON.

**I. — Du paludisme congénital, par Ch. LEROUX** (*Revue de médecine, juillet* 1882).

**II. — Contribution à l'histoire du paludisme congénital, par VERNEUIL** (*Revue de médecine, août* 1882).

I. — Les conclusions de l'auteur, formulées avec réserve, tendent à prouver que dans certains cas d'hypertrophie congénitale de la rate, trouvée chez des enfants nées de mères impaludées, alors que cette hypertrophie ne pouvait être rapportée à aucune autre cause et coïncidait même avec certaines lésions caractéristiques de la cachexie paludéenne, on est en droit de se croire à l'existence d'un paludisme congénital et héréditaire. Certains enfants nés dans ces circonstances paraissent apporter avec eux une prédisposition héréditaire, celle qu'en dehors de tout empoisonnement venant du milieu, ils peuvent être pris, dans un temps très rapprochés du moment de la naissance d'accès fébriles intermittents qui reproduisent quelquefois le type observé chez la mère.

Femme de 22 ans, née de parents atteints de cachexie palustre et ayant habité un pays à malaria jusqu'à l'âge de 16 ans, époque à laquelle elle se maria et vint s'établir à Paris. Elle fut prise plusieurs fois tant dans son pays natal qu'à Paris de fièvre intermittente parfaitement caractérisée. A l'âge de 17 ans, elle accoucha sans encombre d'un garçon qui mourait à 4 mois d'accidents cérébraux : à 18 ans, nouvel accouchement à terme et normal d'un autre garçon. Celui-ci fut pris à l'âge de deux ans, pendant l'hiver de 1880, d'accès fébriles à trois stades distincts et accompagnés de vertiges, de délire et d'hallucinations. Le sulfate de quinine en fit justice. Retour d'accès semblables en décembre 1881 et février 1882.

La mère, enfin, depuis la naissance de cet enfant, a eu à diverses reprises des accès de fièvre intermittente : lorsqu'elle entra dans le service de

M. Verneuil, elle avait une petite plaie au-dessus de la malléole externe, la cicatrisation en fut relativement longue, malgré l'emploi d'un pansement antiseptique et l'administration du sulfate de quinine à l'intérieur.

C. GIRAUDEAU.

**Rachitisme développé et guéri avant la naissance, par GUENIOT** (*Bulletin de la Société de chirurgie, p.* 553, 1883).

Il s'agit d'un enfant de 27 jours qui présente la déformation caractéristique du rachitisme. Guéniot insiste sur ce point que le thorax est resté sans déformation en raison de l'origine intra-utérine du mal, le fœtus n'ayant pas à faire fonctionner le système musculaire respiratoire qui aurait exercé les tiraillements sur les arcs costaux. De plus, les tibias offrent une courbure dont la concavité regarde en dedans, les deux jambes circonscrivent une ellipse. Cette incurvation n'est autre qu'une amplification extraordinaire de la courbure naturelle qui se rencontre chez tous les nouveau-nés et qui résulte de l'attitude particulière des membres dans la matrice. Dans le rachitisme postérieur à la naissance, la déformation est inverse.

Enfin, fait très important à noter, le squelette, dans tous ses points, présente une solidité et une résistance normales. L'altération qui a frappé le tissu de certains os paraît, dès aujourd'hui, avoir complètement disparu.

L. JULLIEN.

**Cachectic symmetrical gangrene, par SOUTHEY** (*The Lancet*, 5 *mai* 1883).

Un enfant de 9 ans fut amené à l'hôpital avec une tache gangreneuse à l'extrémité de l'index droit ; il était maigre, avait la peau sèche, de l'insomnie et du délire. Pouls 148, très faible, rien au cœur, rien du côté des autres organes. Deux jours après son entrée, le pouce et le médius droit devinrent rouges, l'enfant se plaignit de battements douloureux, et bientôt la surface devint gangreneuse. Trois jours plus tard, des taches analogues parurent à l'oreille droite et à l'extrémité du nez. Un peu après, des taches sous-cutanées accompagnées de vives démangeaisons apparurent sur le tronc et les membres et bientôt se développèrent en une sorte d'érythème tuberculeux, dur et douloureux à la pression ; cette éruption disparut bientôt comme elle était venue, sans laisser d'autre trace qu'une légère pigmentation cutanée. Mais le processus gangreneux marchait toujours : le pouce et tous les doigts de la main droite se mortifièrent en totalité et finirent par tomber ; il en fut de même du pouce, de l'index et du petit doigt de la main gauche ; l'enfant tomba dans une adynamie extrême, eut de la broncho-pneumonie double, qu'il finit pourtant par surmonter. Le 35e jour après le début, un nouveau phénomène se montra : le malade fut pris d'hématurie intermittente ; à certains jours, l'urine très foncée renfermait des globules sanguins intacts ; d'autres jours de la matière colorante sans globules (hématinurie) ; dans les intervalles, l'urine redevenait claire et parfaitement normale. Avec le sang, on trouvait toujours des cristaux d'oxalate en grande quantité, tandis qu'il ne s'en rencontrait pas les autres jours. Ces troubles singuliers durèrent six mois, au bout desquels l'enfant fut renvoyé guéri, sauf la perte de ses doigts. Revu depuis à plusieurs reprises, il n'a présenté aucun phénomène morbide.

Dans la discussion qui a suivi à la Société clinique de Londres, plusieurs membres ont cité des cas analogues, d'où il semble résulter que la maladie se montre d'ordinaire chez des rhumatisants, et à la suite

d'une perturbation brusque du système nerveux, comme un refroidissement, une douche, etc. H. BARTH.

**De la présence de microorganismes intestinaux dans le choléra infantile, par A. BAGINSKY** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 45, *p.* 701, 5 *novembre* 1883).

Dans 4 autopsies sur 7 d'enfants ayant succombé au choléra infantile, pratiquées en général dans les 12 heures après le décès, Baginsky a constaté les faits suivants :

Dans l'iléon ou le côlon se trouvaient de petits bâtonnets pénétrant à l'intérieur des glandes de Lieberkuhn, dans leurs intervalles et arrivant même par les glandes jusque dans le tissu sous-muqueux et dans les follicules clos et agminés.

Ces microorganismes étaient le mieux visibles quand on ne colorait pas les coupes et qu'on se bornait à les éclaircir par la potasse caustique très diluée. Les bâtonnets étaient tantôt isolés, tantôt groupés. On les apercevait moins nettement sur les préparations teintes, parce qu'ils se colorent difficilement. La substance colorante la meilleure est le violet gentiane.

En outre de ces bacilles, Baginsky a trouvé à l'intérieur des glandes de Lieberkuhn, surtout dans le côlon, des masses de zoogloé, éléments arrondis dont il lui est difficile de dire s'il s'agit de microcoques ou de bacilles très courts. Ces éléments se colorent aussi bien avec le brun Bismarck qu'avec le violet gentiane et on les rencontre de préférence dans les intestins où les bacilles font défaut, bien qu'on puisse voir coexister ces deux sortes de microorganismes.

Baginsky est d'ailleurs loin de prétendre que les microorganismes qu'il signale soient des agents pathogènes, puisqu'il n'a pas trouvé les bacilles dans tous les cas. J. B.

**Zur Kentniss der Leukämie und Pseudoleukämie im Kindesalter (Leucémie splénique chez deux enfants jumelles), par H. SENATOR** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 35, *p.* 534, 28 *août* 1882).

Jumelles âgées de dix-sept mois, nées de parents bien portants et allaitées par leur mère jusqu'à l'âge de 14 mois. A partir de 4 mois, la mère remarqua que ses enfants diminuaient plutôt que d'augmenter.

Teinte cireuse des téguments chez ces deux enfants qui ont une taille de 5 centimètres inférieure à celle de la moyenne des fillettes de leur âge.

Quelques phénomènes rachitiques chez l'une et l'autre : l'aînée a 5 incisives, la cadette n'en a que 4.

Hypertrophie considérable de la rate, surtout chez la cadette. Pas d'hypertrophie ganglionnaire ni de sensibilité des os à la pression.

Apyrexie.

Urine aussi foncée que celle des adultes, de réaction acide, ne contenant pas d'albumine, mais renfermant beaucoup d'urates, principalement chez la cadette qui, comme complication d'une bronchite, offre de la dyspnée et de la cyanose.

La numération des globules sanguins, pratiquée avec un appareil de Gowers, montre une augmentation des globules blancs et une diminution des globules rouges qui ne sont pas très pâles et ont peu de tendance à s'empiler. Chez la cadette, les hématies ne présentent pas d'autre anomalie, tandis que chez l'aînée, un certain nombre sont ovales ou pyriformes. Chez celle-ci, on compte en moyenne 1 globule blanc pour 75 rouges, chez l'autre 1 pour 168. Chez toutes deux, les globules blancs appartiennent à la plus grosse espèce et les corpuscules de désintégration sont très clairsemés.

Deux mois plus tard, la leucocythémie est de plus en plus évidente : 1 globule blanc contre 50 rouges chez l'aînée, et contre 45 chez la cadette qui succombe sans phénomènes particuliers à l'âge de 19 mois; malheureusement l'autopsie n'a pas été faite.

De 1875 à 1881, sur les 33,000 malades de la policlinique de Berlin, Senator a observé 23 cas de leucémie, la moitié chez des enfants au-dessous de 15 ans, quoique ceux-ci ne constituent que du tiers au quart de l'ensemble de la population.

Tandis qu'un tiers des enfants amenés à la policlinique berlinoise sont rachitiques, on n'y observe bon an mal an qu'un ou deux cas de leucémie.

Bien que la coexistence, pour la première fois signalée, de leucocythémie chez des jumelles, semble favorable à l'étiologie héréditaire de l'affection, Senator fait remarquer qu'on peut expliquer également cette coïncidence par l'action nocive de causes communes aux deux enfants. J. B.

**Céphalématome chez un enfant de dix-sept mois, par TORDEUS** (*Archives de tocologie, juin* 1883).

Il s'agit d'une tumeur de 6 centimètres de diamètre siégeant sur la tempe droite, survenue chez un enfant de 17 mois, bien développé. Cette tumeur présente tous les caractères du céphalématome. La guérison eut lieu en 15 jours. Ce fait est intéressant à cause du siège et de l'époque d'apparition de cette tumeur. L'auteur ne connaît que trois observations authentiques, analogues à la sienne, il en cite deux autres dont le diagnostic peut être contesté. PORAK.

**I. — Hémiplégie et aphasie passagère, chez un enfant à la suite d'une chute sur la tête, par A. CARTAZ** (*Union méd.*, 16 *oct.* 1883).

**II. — Hémiplégie droite transitoire à la suite d'un choc sur la tête, par TURNER** (*The Lancet,* 9 *décembre* 1882).

I. — Enfant de 2 ans et demi. Le 19 octobre 1882, chute sur la nuque en glissant sur un parquet. L'enfant, tout en pleurs, est relevé et porté sur son lit, où il s'endort. Au réveil, on constate une hémiplégie du côté droit, sans anesthésie, une paralysie faciale droite, avec déviation de la langue. Pas de traces de lésion externe à l'occiput. Aphasie complète. Il n'y a eu ni convulsions, ni vomissements. Lavement purgatif, sangsues derrière les oreilles, sinapismes, calomel à doses fractionnées.

Pas de fièvre. Le 3e jour, la paralysie diminue dans le membre inférieur, la paralysie faciale est moins accusée. Le 6e jour, tout a disparu, paralysie, aphasie, et l'état de santé est revenu parfait comme avant.

L'auteur rattache ces accidents nerveux à une commotion cérébrale en raison de la rapidité d'évolution des accidents et de l'absence de tout trouble consécutif dans la suite.

II. — Maud M., âgée de 2 ans, est apportée au Seamen's hospital Greenwich, le 7 août 1882, à 8 h. 30 m. du soir, avec les renseignements suivants : à 5 heures, du soir, le même jour, elle était tombée de dessus une table et le côté gauche de la tête avait heurté le sol avec assez de violence. L'enfant n'accusa aucun malaise jusqu'à 6 heures; à ce moment, elle perdit progressivement et rapidement connaissance. Peu après, elle fut prise de mouvements convulsifs dans le bras droit, la jambe droite et le côté droit de la face. Ces convulsions se répétaient à des intervalles de quelques secondes. Quand on l'apporta à l'hôpital, cet état durait depuis 1 heure et demie.

A l'entrée, elle était complètement privée de connaissance ; de moment en

moment, elle était prise de violentes convulsions du côté droit. Pupilles dilatées et insensibles à la lumière, la droite plus grande que la gauche. Déviation des deux yeux à gauche, sans relation de la tête. P. bon à 60; R. 29 profonde mais libre; T. 38°. Pas de vomissements. Ala tête, tuméfaction œdémateuse à la partie antérieure et inférieure du pariétal gauche, sans fracture apparente. — On la mit au lit et on appliqua de la glace sur la tête; en peu de temps, les mouvements convulsifs cessèrent et les membres droits se paralysèrent ainsi que le côté correspondant de la face : miction involontaire dans le lit de temps en temps ; pouls et respiration non modifiés. T. 37°. Vers une heure du matin, elle commença à remuer son bras et sa jambe, et depuis ce moment, la paralysie se dissipe graduellement, la jambe recouvrant ses fonctions la première, et la face en dernier lieu. — A 8 heures du matin, elle vomit largement, et presque aussitôt la connaissance revint. Depuis ce moment, elle se remit avec rapidité, et au bout de quatre jours, elle quitta l'hôpital parfaitement rétablie. H. B.

**I. — Zur Behandlung der Oberschenkelfracturen im Kindesalter (Du traitement des fractures de cuisse chez les enfants), par JACUBASCH** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 9, *p.* 127, 28 *février* 1881).

**II. — Zur Behandlung der Oberschenkelfracturen im Kindesalter, par Hermann KUEMMELL** (*Idem*, *n°* 4, *p.* 52, 23 *janvier* 1882).

**III. — Zur Frage der Verbandweise fracturirter Oberschenkel bei kleinen Kindern (Nouvel appareil pour fractures de cuisse chez les nouveau-nés), par HENKE** (*Idem*, *n°* 29, *p.* 450, 17 *juillet* 1882).

I. — Jacubasch, tout en reconnaissant à l'extension verticale l'avantage d'une réduction parfaite et d'une coaptation exacte des fragments fracturés, pense que le décubitus dorsal prolongé qu'elle implique, est souvent cause de bronchopneumonies chez les enfants au-dessous de deux ans.

Il est par conséquent d'avis de ne la pratiquer qu'au début et seulement par intervalles; il ajoute qu'il faut y substituer un appareil inamovible, au moindre signe d'hypostase pulmonaire.

II.— Kuemmell, au contraire, conteste que l'extension verticale favorise le développement des affections pulmonaires ; d'ailleurs, l'enfant n'est nullement obligé de rester tout le temps sur le dos, il peut se mettre sur son séant, ce à quoi on peut l'aider en plaçant un coussin derrière lui.

Schede, depuis 1877, traite de cette façon toutes les fractures du fémur chez les enfants qui ont moins de 2 ans; il recourt également à l'extension verticale, chez les enfants plus âgés qui ont encore l'habitude de se salir.

Plusieurs enfants ont eu pendant le cours de leur traitement, la rougeole, la coqueluche, la diphtérie sans complications pulmonaires insolites.

Quand l'enfant est bien portant, au bout de 3 semaines, le cal a acquis assez de solidité pour qu'on puisse renoncer à l'extension verticale ; chez les rachitiques, la suspension du membre doit être continuée 3 mois.

Kuemmell a résumé en tableaux tous les cas de fracture de cuisse pour lesquels, depuis 2 ans, Schede a employé ce mode d'extension. Ils sont au nombre de 40 comprenant 12 enfants au-dessous de 1 an, dont un nouveau-né de 6 heures, 16 de 1 à 2 ans et 12 de 3 à 4 ans.

Le résultat définitif a toujours été satisfaisant : jamais il n'y a eu ni déplacement ni raccourcissement. Quelques-uns des petits malades ont offert un allongement de 2 centimètres au maximum.

Deux enfants au-dessous de 2 ans ont gardé leur membre dans la situation verticale durant plus de 100 jours sans aucun inconvénient.

Toutefois, chez les petites filles, il se développe un peu de catarrhe vaginal tenant sans doute à ce que l'air a libre accès dans l'orifice béant de ce conduit.

III. — Considérant que l'extension verticale est incommode pour faire prendre le sein et ne permet pas de calmer les cris de l'enfant, en le prenant dans les bras, Henke l'a remplacée chez 6 nouveau-nés atteints de fracture de cuisse par l'appareil suivant :

Après avoir placé un peu de ouate dans le pli inguinal, il saisit le membre fracturé par le genou; tout en pratiquant l'extension, il relève la cuisse de façon à venir appliquer sa face antérieure contre la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Tandis qu'un aide maintient le membre dans cette position, il passe en arrière des reins deux bandes de diachylum dont les extrémités ramenées en avant viennent d'abord se croiser sur la face postérieure de la cuisse relevée, puis se terminer sur les côtés de l'abdomen, de façon à assurer solidement le contact de la cuisse contre le ventre. Puis il applique à la face postérieure de la cuisse et de la jambe une attelle composée de deux planchettes réunies à angle aigu. L'angle de réunion formant l'arête de cette espèce de coin correspond au creux poplité qu'on a préalablement matelassé. Des circulaires de diachylon, placées au niveau du genou, de la jambe et du ventre, maintiennent l'attelle. J. B.

**Kystes dermoïdes du sacrum, par SONNENBURG** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 588, 17 *septembre* 1883).

1er *cas.* — Nouveau-né ayant entre l'anus et le coccyx une grosse tumeur formant une bourse qui pendait jusqu'à mi-hauteur de la cuisse; elle était fluctuante par places et de consistance cartilagineuse ou osseuse en d'autres. Le toucher rectal ayant montré que le pédicule s'insérait sur le coccyx, Sonnenburg pratiqua sans difficulté l'extirpation de cette tumeur. La plaie fut complètement réunie par des sutures et la guérison s'est opérée sans incident.

A l'incision de la tumeur, un kyste volumineux qui en occupait la partie inférieure donna issue à un liquide jaune foncé, très albumineux, non sucré et renfermant peu d'éléments figurés. Au voisinage de ce kyste principal, s'en trouvaient plusieurs petits et en outre, couché dans une masse conjonctive assez dense, un membre rudimentaire.

2e *cas.* — Il y a 2 ans, l'auteur avait déjà extirpé une tumeur analogue, mais à base très large implantée directement sur le sacrum dont le périoste lui constituait une enveloppe adhérente. Cette tumeur, outre quelques kystes pleins de liquide, contenait deux gros corps libres et un membre rudimentaire complètement libre dans la cavité.

3e *cas.* — Tumeur semblable occupant exactement la ligne médiane. L'extirpation qui en fut facile, montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde avec inclusions dures dans les parois.

(*R. S. M.*, I, 884; II, 772; VI, 279; VII, 622; X, 469; XI, 468 et 610; XV, 618; XVI, 58; XIX, 454; XXI, 702 et XXII, 318.) J. B.

**Angeborenes Lipom der Steissbeingegend (Lipome congénital de la région coccygienne), par K. SCHUCHARDT** (*Centralbl. f. Chir.*, *n°* 51, *p.* 829, 1883).

Un enfant de 4 semaines fut apporté à la clinique de Volkmann avec une tumeur molle, pédiculée, du volume d'un œuf de poule, siégeant dans la région anale; trois appendices en forme de doigts terminaient cette tumeur ; la peau était normale. L'orifice anal, refoulé par la tumeur en avant et à droite, n'était représenté que par un pertuis imperceptible; en outre, division congénitale du scrotum, absence du prépuce et hypospadias.

Volkmann enleva la tumeur par une incision en raquette et sutura la muqueuse du rectum à la peau pour refaire un anus ; la guérison se fit en 10 jours malgré l'absence de réunion immédiate. La tumeur adhérait au coccyx.

La tumeur avait l'aspect d'un lipome ordinaire ; mais à la coupe, on vit que son centre était formé d'un noyau de cartilage du volume d'un pois. En effet, le microscope fit constater dans ce noyau des capsules, rondes au centre et allongées à la périphérie, renfermant une ou plusieurs cellules multinucléées et noyées dans une substance intercellulaire, amorphe au centre, fibrillaire à la périphérie et qui prenait peu à peu la structure du tissu conjonctif ; de ce tissu conjonctif partaient des cloisons qui divisaient la tumeur en lobules graisseux. En outre on découvrait dans la portion conjonctive du noyau un organe formé de fibres musculaires lisses, impossible à définir morphologiquement, mais qui, par la disposition régulière et concentrique des fibres, rappelait vaguement la coupe d'une artère à parois hypertrophiées, à lumière très petite et vide. Les prolongements digitiformes de la tumeur étaient constitués par des lobules adipeux.

En raison de la rareté des lipomes congénitaux de la région coccygienne (4 cas seulement en ont été publiés), en raison de l'existence de cartilage et de fibres musculaires lisses dans le noyau de la tumeur, en raison de l'existence de prolongements digitiformes rappelant ceux qu'on observe chez certains monstres acardiaques, en raison, enfin ,de la coïncidence de malformations de l'anus, du scrotum et du pénis, l'auteur pense qu'il s'agit dans ce cas non pas d'un lipome, mais d'une formation embryonnaire avortée, d'une anomalie de développement. DE SANTI.

**Des tumeurs malignes chez les enfants, par C. PICOT** (*Rev. médic. de la Suisse romande*, *III*, 660, *décembre* 1883).

Les tumeurs malignes chez les enfants sont le plus fréquentes dans la première année de l'existence. Elles sont alors généralement congénitales et se trouvent surtout dans les reins et les organes génitaux.

Au contraire, les tumeurs malignes de la seconde enfance occupent de préférence l'œil et les os.

A partir de l'âge de 7 ans, le nombre des tumeurs malignes diminue beaucoup.

Sur les 424 observations compilées par Picot, la tumeur siégeait 100 fois dans l'œil (gliome rétinien, encéphaloïde, etc. ; sarcome mélanique rare); 80 fois dans le rein; 67 fois dans les os (maxillaires, tibia, fémur, orbite surtout).

La plupart des organes qui sont souvent atteints de cancer chez l'adulte (estomac, intestin, sein), sont généralement épargnés dans l'enfance, tandis que le rein qui est rarement cancéreux à l'âge adulte, l'est relativement souvent chez l'enfant.

Toutes les formes du cancer peuvent être observées dans l'enfance, mais celles qui dominent sont les différentes espèces de sarcome et l'encéphaloïde, tandis que le squirrhe et l'épithélioma sont exceptionnels.

La marche et la généralisation de ces tumeurs sont habituellement rapides et partant le pronostic plus grave que chez les adultes. J. B.

# DERMATOLOGIE.

**La lèpre tuberculeuse en Syrie, notes d'un voyageur en 1880, par LORTET** (*Lyon médical*, 6 *janvier* 1884). — **Rapport de ROLLET** (*Ibid.*, 27 *janvier* 1884).

Le mémoire de M. Lortet renferme 26 observations recueillies pendant le voyage qu'il fit en Syrie en 1875 et 1880. D'après l'auteur, la lèpre syrienne est très nettement localisée dans les parties du sud qui confinent à l'Égypte par ce qu'on appelle le petit désert et l'isthme de Suez. Tous les malades qu'il a vus, au nombre de 200 environ pour cette région, proviennent des territoires situés entre Naplouse au nord et Jaffa, Jérusalem et Hébron. On ne trouve pas de lépreux dans le Liban, les plaines de Damas, ni sur les bords de la mer Morte. La maladie ne frappe jamais les israélites ; ce sont toujours des fellahs musulmans, mal nourris, travaillant la terre ; les habitants des villes sont bien plus rarement atteints.

Avant la découverte du bacille (Voy. *R. S. M.*, XXII, 629, 630), M. Lortet avait pu, dans ce voyage, exciser des tubercules lépreux et avait trouvé que le derme de la peau était infiltré de grosses cellules irrégulières multipolaires remplies de bactéries très fines, mais longues et douées de mouvements très accentués. La lèpre est du reste depuis fort longtemps considérée en Syrie comme contagieuse et héréditaire. L'enfant d'un lépreux n'est pas toujours atteint par hérédité, mais il n'y a pas d'exemple d'enfant né d'un lépreux qui ait échappé à la maladie. Les mariages entre lépreux sont presque toujours stériles.

L'auteur donne dans ces notes de voyages des détails fort intéressants sur les conditions sociales des lépreux en Syrie, sur leur hospitalisation dans les asiles ; la description clinique de la maladie ne diffère, par aucun détail, des observations connues. A. CARTAZ.

**De la transmissibilité de la lèpre aux animaux, par CAMPANA** (*Italia medica*, *n°* 32, 1883).

L'auteur a expérimenté sur des lapins et des poulets, et se range parmi ceux qui ne croient pas à la transmissibilité de la lèpre. Les expériences de transplantation chez les animaux ont donné des résultats négatifs entre ses mains. Tantôt le bacille de la lèpre se retrouve dans les morceaux de tissu transplanté, tantôt il disparaît sans laisser de trace. Il peut séjourner dans les tissus sans se multiplier, entraîner le développement

de cellules géantes, à titre de corps étranger; mais il ne détermine ainsi que des phénomènes locaux et non la lèpre. Il n'y a pas infection, les tissus simplement conservent le bacille, comme peut le faire un liquide albuminoïde stérilisé.

Le travail de Campana contient deux figures, représentant un nodule lépreux avec des bacilles colorés suivant la méthode d'Ehrlich et des cellules géantes isolées. F. BALZER.

**Ein Fall von Lepra, par Friedrich MULLER** (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXIV, Heft* 2, *p.* 205).

X. W..., 50 ans, né à Augsbourg, a passé deux années à Sumatra, au service de la Hollande. Il a pris part à une campagne extrêmement fatigante. Il fut peut-être atteint de la forme œdémateuse du béribéri. Bientôt succédèrent les symptômes de la lèpre. La peau du visage et des mains s'épaissit. Des vésicules se développèrent sur le tronc. Le malade y éprouvait des douleurs extrêmement intenses. Le gonflement du visage et des extrémités continua à s'accentuer, même après le départ du malade de Sumatra. Ce gonflement était uniforme, sans nodosités : le visage est parcouru par des rides profondes; l'hypertrophie porte sur le front, les joues, les lèvres, le nez. Il y a une plaque d'infiltration sur le voile du palais. L'isthme du pharynx est déformé. Le goût est à peu près totalement aboli. La voix est rauque, enrouée. L'épiglotte est fortement épaissie, les cordes vocales sont infiltrées.

La peau de l'abdomen et de la poitrine est fortement pigmentée, couverte de taches brunes arrondies, cicatricielles. Ces cicatrices pigmentées ont succédé aux vésicules signalées plus haut. La sensibilité est normale partout, sauf au centre de ces taches pigmentaires où elle est légèrement diminuée. De semblables taches se retrouvent sur les membres dans le sens de la flexion.

Les doigts sont augmentés de volume, difformes, épaissis, surtout vers leur face dorsale. Les ongles sont amincis, très friables.

Il y a des plaques d'anesthésie au niveau de certains des points hypertrophiés de la peau, sur le dos de la main et de l'avant-bras.

La peau des extrémités inférieures est épaissie de la même façon du côté de l'extension ; les pieds sont très infiltrés. Çà et là quelques cicatrices brunâtres semblables à celles du tronc. Il y a de l'anesthésie aux jambes et à la plante des pieds. On trouve sur la jambe des ulcérations au niveau desquelles le malade éprouve de vives douleurs.

Les ganglions du cou, de l'aisselle, du coude étaient hypertrophiés, non douloureux.

La présence des bacilles confirma bientôt le diagnostic de lèpre. Ils se coloraient à la façon des bacilles de la tuberculose.

L'état du malade continuait à s'aggraver au moment où il a été perdu de vue. A. MATHIEU.

**Beitrag zur Kenntniss der entzündlichen Granulationsgeschwülste der Haut (Granuloma sarcomatodes cutaneum) (Contribution à l'étude des granulations inflammatoires de la peau), par R. NACHTER** (*Deuts. Arch. f. klin. Med., Band XXXIII, Heft* 5, *p.* 470, 1883).

Il s'agit d'un homme de 40 ans, jusque-là bien portant, qui, en juillet 1881, vit se développer sur certaines régions du corps, en particulier sur la face, des tumeurs saillantes, arrondies, suintantes, qui, après des alternatives d'exacerbation et d'amélioration finirent par prendre un relief considérable et à déformer complètement les régions sur lesquelles elles s'étaient développées.

Le 21 octobre 1881, la face était surtout le siège d'une déformation extrême. Elle était couverte de grosses tubérosités rouges, granuleuses, suintantes, qui oblitéraient en grande partie les divers orifices. Ces tumeurs étaient implantées les unes contre les autres, de façon à en rendre les traits absolument méconnaissables. Leur surface, bourgeonnante, donnait lieu à un écoulement sanieux d'une odeur repoussante. Chacune de ces saillies, assez résistante, était mobile sur les parties sous-jacentes. Il y avait à certains endroits de véritables ulcérations.

Au niveau des aisselles, de la paume de la main gauche, et des aines, il existait des tumeurs plus petites, plus aplaties, également suintantes et bourgeonnantes.

Au début, l'état général était bon, il n'y avait pas de fièvre. Jamais le malade n'avait eu la syphilis. Toujours bien portant jusque-là, il présentait une certaine tendance à l'obésité.

Le malade mourut le 28 novembre. On trouva à l'autopsie de la bronchopneumonie droite. L'auteur l'attribue à la déglutition et à la pénétration dans le poumon de liquides ou de corpuscules solides.

L'examen histologique fit voir une infiltration abondante des éléments du derme par des cellules lymphoïdes. Des traînées semblables se prolongeaient même au pourtour des glandes de l'hypoderme.

L'auteur discute la nature de ces productions fongoïdes, il finit par admettre l'existence d'un sarcome cutané qu'il dénomme : *granuloma sarcomatodes cutaneum.*

Si l'on considère qu'il y avait dans le sang sur le vivant une augmentation considérable du nombre des globules blancs, on se trouve amené à donner à l'hypothèse du mycosis fongoïde, de la lymphadénite cutanée, une importance plus grande que celle que lui attribue l'auteur.

A. MATHIEU.

**De l'erythrasma, par F. BALZER** (*Ann. de derm. et de syphil.*, *novembre* 1883).

L'erythrasma décrit d'abord par Burchardt (1859) et von Bärensprung 1862 est une affection parasitaire de la peau qui siège de préférence dans la région inguino cruro-scrotale et s'y limite dans le plus grand nombre des cas. Elle peut cependant occuper d'autres régions notamment les plis articulaires (coude, aisselle, etc.), sauf peut-être les parties découvertes. Elle constitue des disques ou des plaques irrégulières dont les contours généralement diffus sont quelquefois nettement limités par un relief épidermique sensible au doigt. Ces plaques sont fréquemment érythémateuses par irritation du derme (frottement, sueur, etc.) ; mais plus souvent encore l'épiderme soulevé et épaissi par le parasite forme une crasse brune jaunâtre qui masque la dermite sous-jacente. Les plaques d'erythrasma peuvent acquérir par confluence jusqu'à deux et trois décimètres carrés. La desquamation à leur surface est insignifiante et si on la gratte avec l'ongle ou une curette, l'épiderme ne s'enlève qu'avec difficulté en petits lambeaux tenus, pulvérulents. Aucune sensation à leur niveau, pas de prurit ; aussi la maladie passe-t-elle souvent inaperçue ; sa durée est en quelque sorte indéfinie avec alternatives d'augmentation et de décroissance. Pour voir le parasite, deux procédés peuvent être suivis. L'un préférable pour la clinique consiste à examiner les squames dans la potasse à 40 0/0 après macération dans l'éther ou l'alcool. La macération peut être suivie ou non de coloration par l'éosine. Cette méthode permet de

voir vite, mais donne des préparations qui ne se conservent pas, parce que la potasse, continuant son action dissolvante sur les cellules épidermiques, les réduit en granulations qui se distinguent mal des sporules parasitaires. Pour obtenir de bonnes préparations persistantes, il faut, après macération dans l'éther, colorer les squames par une imprégnation de quelques heures dans une solution alcoolique d'éosine ou de bleu de quinoléine (alcool absolu); les dissocier ensuite et les monter dans une solution chloroformique de baume du Canada. Le parasite apparaît alors sous forme de tubes et de spores disposés d'une manière qui rappelle le microsporon furfur et qui s'en distinguent par leur extrême petitesse, d'où le nom de microsporon minutissimum. Il est habituellement très abondant. Les spores très petites, rondes ou elliptiques, paraissent formées d'un noyau punctiforme et d'une enveloppe cellulosique, homogène et transparente. Les tubes existent sous trois formes : pleins, sporifères, ou en chaînes de sporules. Ils forment des réseaux serrés qui enveloppent pour ainsi dire chaque cellule épithéliale et qui s'enchevêtrent irrégulièrement dans toutes les directions. Ce parasite paraît à l'auteur devoir être classé en botanique dans la classe des schizomycètes; genre oïdium. Au point de vue clinique, l'auteur ajoute que si les caractères objectifs sont quelquefois suffisants pour reconnaître le mal lorsque l'on en a vu déjà des exemples, le microscope est indispensable pour obtenir la certitude. A la région inguino-scrotale, l'érythème trichophytique ou l'intertrigo; ailleurs des placards d'eczéma disséminés pourraient en imposer. Le pronostic est sans gravité mais le mal est tenace et récidive facilement. La guérison s'obtient en déterminant l'exfoliation artificielle de l'épiderme par les irritants, teinture d'iode, nitrate d'argent, acide pyrogallique et surtout savon. Elle demande parfois jusqu'à deux mois de traitement. . DANLOS.

**Pachydermie symétrique des membres inférieurs, par CHARPENTIER** (*Union médicale*, 25-29 *septembre* 1883).

Femme de 39 ans, réglée à 16 ans; eut à 26 et 33 ans des érysipèles de la face qui ont laissé un léger épaississement des traits.

Le gonflement débuta il y a 10 ans par le membre gauche, au-dessus des chevilles, disparaissant par le repos, mais gagnant peu à peu sans douleur la jambe et la cuisse; peu après, le membre droit fut pris de même et le gonflement envahit les fesses, les lombes et l'abdomen. Quelquefois le matin, les paupières étaient boursouflées. Les membres étaient lourds et parfois éprouvaient une sorte de frémissement; de temps à autre, crises de narcolepsie. Au début, pendant les chaleurs, le gonflement augmentait et disparaissait l'hiver. Depuis 4 ans, il est persistant.

Actuellement c'est une femme trapue, à figure ronde, épaissie, à paupières tuméfiées ; on constate un œdème rosé, qui s'étend sur le cuir chevelu ; le cou, le tronc et les membres supérieurs sont indemnes. Les membres inférieurs sont énormes et mesurent au mollet, 56 centimètres à gauche, 52 à droite; à la cuisse, 59 à gauche, 52 à droite. Le mollet représente une masse ovoïde énorme disposée en deux bourrelets. Le tégument tendu, lisse, blanc, vernissé, sans éruption ni desquamation, est fortement appliqué sur les tissus sous-jacents; on ne peut y faire de pli; on ne peut avec le doigt laisser la cupule caractéristique de l'œdème.

Outre les sensations de vibrations, la malade éprouve des sensations de coup de marteau, à apparition courte; pas d'autres troubles de la sensibilité;

pas de modification de la température : les mouvements sont conservés, les membres transpirent à peine.

Les pieds sont peu volumineux par rapport aux membres et présentent des malformations congénitales de syndactylie.

L'appareil digestif est sain, pas d'altérations des urines, pas de troubles mentaux, ni de modifications de l'intelligence. Pas d'altérations cardio-pulmonaires sauf, une bronchite assez intense.

L'auteur discute le diagnostic de cet état éléphantiasique et ne conclut pas. H. L.

**Lymphangioma of the skin, par LANGE** (*New York med. Journal*, 26 *mai* 1883).

L'auteur fut consulté pour une petite fille de seize ans, atteinte d'une tumeur axillaire d'un aspect tout spécial. Cette enfant n'avait que 3 ans lorsqu'on remarqua pour la première fois une tache rougeâtre de la dimension d'une pièce de vingt sous, qui occupait la région de l'aisselle. Cette tache augmenta lentement de largeur jusqu'à l'année dernière, époque où elle se mit à prendre un développement très rapide. Quand l'auteur vit l'enfant pour la première fois, il existait dans la région axillaire une large bande indurée et saillante, en forme de fer à cheval de près de 15 centimètres de long sur 2 à 3 de large ; cette plaque, d'apparence rugueuse, ressemblait à un papillome ; mais en l'examinant à la loupe, on constatait que sa surface était formée d'un agrégat de petites vésicules transparentes, au-dessous desquelles on voyait de nombreux vaisseaux sanguins ; d'autres vésicules semblables étaient disséminées en plus ou moins grand nombre au voisinage de la plaque principale. Lange excisa la tumeur, mais sans pouvoir englober dans l'opération toutes les vésicules disséminées à cause de l'excessive perte de substance qui en serait résultée ; il se contenta de toucher ces dernières avec le fer rouge. La plaie, de la dimension de la main, se cicatrisa par granulation ; mais quelques semaines après, on vit apparaître sur toute la surface de la cicatrice de nouvelles vésicules, microscopiques, transparentes, et qui, ponctionnées avec la pointe d'une aiguille, laissaient écouler un liquide aqueux. De même, sur toutes les parties qui avaient été cautérisées au fer rouge, la vésiculation ne tarda pas à se reproduire. — La tumeur extirpée occupait exclusivement la peau ; en un point seulement, il existait un épaississement lardacé qui ressemblait à de l'éléphantiasis ; des vaisseaux sanguins, très nombreux et très développés la traversaient en tous sens et avaient nécessité un très grand nombre de ligatures. L'examen histologique n'est pas mentionné. H. BARTH.

**Des modifications et de la disparition du stratum granulosum de l'épiderme dans quelques maladies de la peau, par SUCHARD** (*Archiv. de physiologie*, 1882).

1° La présence de l'éléidine dans les cellules du stratum granulosum coïncidant avec la disparition des noyaux dans la couche cornée caractérise, à l'état normal, le processus de la kératinisation épidermique.

2° A l'état pathologique, dans les lésions formatrices de l'épiderme qui aboutissent à l'hypertrophie de la couche cornée, on remarque l'exagération de ces phénomènes : l'épaississement du stratum granulosum et la présence d'une quantité d'éléidine plus considérable qu'à l'état normal. A ces faits signalés déjà par M. Ranvier, on peut ajouter le suivant :

3° Lorsque la couche cornée de l'épiderme est altérée de manière à

présenter à sa surface une squame ou une vésicule, on constate, au niveau de la lésion, la disparition du stratum granulosum et de l'éléidine, et l'apparition des noyaux dans les cellules de la couche cornée.

Ces observations permettent donc de distinguer par des caractères histologiques bien définis les inflammations formatrices de l'épiderme de celles qui aboutissent à une dégénérescence squameuse ou vésiculeuse; elles indiquent aussi que dans l'épithélioma lobulé de la peau, la tumeur épidermique par excellence, deux processus peuvent être juxtaposés : celui de l'évolution épidermique et celui de la dégénérescence colloïde. Ainsi dans la peau comme dans les autres tissus, les inflammations proprement dites et les tumeurs présentent des caractères communs qui soumettent leur évolution aux mêmes lois générales.

V. HANOT.

**Du cancroïde de la peau, par A. BLUM et M. DUVAL** (*Arch. gén. de méd., août* 1883).

Les épithéliomas présentent des variétés cliniques multiples et dont la gravité dépend du siège et du mode d'évolution, bien plus que de la structure histologique. En ce qui concerne le cancroïde de la peau, il suffit de rappeler la gravité de l'ulcus rodens de la face qui, d'après les travaux les plus récents, ne se différencie de l'épithélioma vulgaire par aucun signe anatomique. Ces tumeurs épithéliales de la main présentent également certaines particularités : elles sont rares, ne se montrent qu'à un âge avancé de 60 à 80 ans, et se développent le plus souvent sur une cicatrice ancienne. Quelquefois l'épithélioma de la main se manifeste après un traumatisme, comme dans un cas rapporté par les auteurs (d'épithélioma pavimenteux du dos de la main né sur des écorchures). Enfin la marche et l'évolution des cancroïdes de la main peuvent être spéciales, ainsi qu'en témoigne une autre observation très complète, avec examen histologique et figures, qui termine cet intéressant travail. Il s'agissait d'un épithélioma à marche lente, à centre excavé, lisse et comme recouvert d'une couche d'épiderma mince, à rebord dur, mamelonné, caractéristique. L'examen microscopique permit de conclure : 1° que l'origine de la tumeur était uniquement dans les parties interpapillaires du corps de Malpighi; et 2° que la rétrogradation centrale des éléments de la tumeur était due à un processus inflammatoire du derme, d'où formation de tissu conjonctif cicatriciel étranglant les lobules de la tumeur, les envahissant et en amenant la résorption. L'étude attentive de ce processus de guérison spontanée pourrait servir de guide à une thérapeutique rationnelle de ce genre de tumeurs.

P. MERKLEN.

**Du lupus scléreux, par E. VIDAL** (*Ann. de dermat. et de syphil., août* 1883).

C'est le lupus papillaire verruqueux de Kaposi, la scrofulide verruqueuse de Hardy. Tout en reconnaissant avec ce dernier auteur que le lupus verruqueux se développe le plus souvent sur un lupus vulgaire qui s'indure et devient papillomateux, Vidal admet, contrairement à l'opinion de Hardy, l'existence d'une forme primitive qu'il décrit ainsi : Le lupus scléreux primitif débute sous la forme de taches rougeâtres qui s'agran-

dissent et proéminent bientôt en petites saillies tuberculeuses dures d'un rouge foncé ou même violacé. Puis, ces plaques s'étendant, les éléments du derme et de l'épiderme subissent une hypertrophie exagérée et forment des saillies mamelonnées rugueuses, inégales, hérissées en certains points d'excroissances verruqueuses, papillomateuses, d'apparence cornée, séparées par des sillons et des fissures. Ces fissures peuvent même devenir de véritables ulcérations fournissant une sérosité purulente. Au bout d'un certain temps, le centre du mal tend vers la guérison, une cicatrice apparaît et suit la production lupique dans sa marche extensive et serpigineuse. L'extension est toujours extrêmement lente; le mal pouvant durer 10, 15 ans et plus. La guérison spontanée est exceptionnelle; il ne reste plus alors qu'une plaque de tissu scléreux au milieu de laquelle on voit parfois de temps à autre récidiver des tubercules. Le mal ne prend jamais la forme aiguë. Il paraît siéger de préférence sur les extrémités et s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme (8 sur 11).

Histologiquement, sur les coupes comprenant toute la hauteur de l'infiltration, le mal se montre composé de trois couches :

1° Une couche superficielle simulant l'épithéliome, et formée de productions épidermiques exubérantes ;

2° Une couche moyenne de tissu scléreux ;

3° Une couche profonde dans laquelle on retrouve des tubercules de lupus avec tous leurs caractères histologiques.

Plus rarement, l'ordre des deux dernières couches est interverti, les nodules lupeux sont sous-épidermiques et reposent sur une couche de tissu fibreux formant parfois une sorte de gâteau très dur de plusieurs millimètres d'épaisseur. Le lupus scléreux pourrait être confondu avec :

1° *La verrue* qui s'en distingue par sa limitation habituellement nette et précise ; l'absence du cercle violacé périphérique, d'induration sous-jacente; par sa durée relativement courte et sa disparition sans cicatrice quand elle guérit spontanément ;

2° *L'épithélioma papillaire*, qui s'observe presque exclusivement chez les vieillards. Dans cette affection la production épidermique papillaire, qui se détache facilement, laisse à nu une surface ulcérée qui tend plutôt à progresser qu'à se cicatriser, qui saigne au moindre attouchement et dont les bords se renversent au bout d'un certain temps ;

3° *Le tubercule anatomique*. Le siège tout spécial de celui-ci à la face dorsale des doigts, son unicité, son étendue d'ordinaire beaucoup moindre, le défaut d'extension centrifuge ou serpigineuse et de cicatrice centrale permettront le plus souvent de poser le diagnostic. Dans quelques cas cependant l'analogie est telle que le diagnostic ne peut se faire sans les commémoratifs.

Cette analogie se retrouve jusque dans le traitement qui dans les deux cas est le même, le lupus scléreux devant comme le tubercule anatomique être traité par le raclage. H. DANLOS.

**Le lupus et son traitement, par E. BESNIER** (*Ann. de dermat. et de syphiligr.*, *août* 1883).

Dans la première partie de ce travail l'auteur s'efforce de prouver que le lupus est une forme de tuberculose locale. Il conteste la valeur des argu-

ments contraires basés sur la non-hérédité du lupus, et la différence d'aspect ou d'évolution entre celui-ci et les ulcères tuberculeux proprement dits. Il affirme l'identité en se fondant sur la fréquence de la tuberculisation secondaire chez les lupeux (21 pour 100) et sur l'existence dans les tubercules lupiques du bacille de Koch (Demme, Pfeiffer, Doutrelepont, Schuchardt et Krause).

Abordant ensuite l'histoire du traitement, Besnier nie absolument la possibilité de la guérison par les seuls moyens internes (huile de morue, sulfureux, arsenicaux, iode, etc.) et proclame l'insuffisance des caustiques chimiques. Il rejette également les méthodes sanglantes (raclage, scarifications) dans la crainte des auto-inoculations avec tuberculose généralisée consécutive dont il croit avoir observé quelques exemples et conclut que le traitement par excellence est la destruction ignée du tissu morbide à l'aide d'instruments spéciaux, aiguilles simples ou multiples, scarificateurs galvaniques, boutons galvanocaustiques que l'on trouvera figurés dans son mémoire. L'avantage de ces instruments sur les cautères ordinaires est leur petite dimension qui permet d'opérer comme avec des scarificateurs à lame tranchante et d'éviter ainsi les vastes délabrements et les eschares étendues. Les résultats sont aussi satisfaisants au point de vue de la forme des cicatrices qu'avec les scarifications ordinaires : la guérison est plus prompte, la récidive locale moins à craindre. Le foyer tuberculeux étant détruit, on n'a pas à redouter les auto-inoculations ; enfin on opère à sec, avantage précieux pour le lupus des muqueuses.

H. DANLOS.

**The comparative advantages of scraping and scarification in the treatment of lupus vulgaris (Avantages comparés du râclage et des scarifications dans le traitement du lupus), par Malcolm MORRIS** (*Brit. med. journ.*, *p.* 322, *août* 1883).

L'auteur donne la préférence aux scarifications, quoique ce soit une méthode plus lente, parce que la cicatrice est meilleure. Le râclage est une méthode destructive très expéditive, mais douloureuse, exigeant l'emploi des anesthésiques, et laissant de vastes pertes de substance : les scarifications ne font que modifier la nutrition de la peau sans la détruire et conduisent à l'atrophie du néoplasme avec le moins de perte possible de substance. Elles sont de plus assez peu douloureuses pour ne pas nécessiter l'emploi des anesthésiques. H. R.

**Rodent ulcer and its relations to epithelioma, par G.-H. HUME** (*Brit. med. journ.* *p.* 5, *janvier* 1884).

L'auteur donne une description histologique détaillée de quelques cas d'ulcères rongeurs de la face (lupus vorax), affection que Fox avait cru devoir localiser au niveau des follicules pilosébacés, et Thin dans les glandes sudoripares. Des préparations qu'il a faites et dont il donne la figure, il conclut que cette ulcération est une forme de cancer épithélial dont le point de départ réside dans la tunique externe des follicules pileux et dans les glandes sébacées. Elle diffère du cancroïde habituel en ce qu'elle ne se généralise pas aux ganglions et a peu de tendance à s'étendre, et en ce que ses éléments cellulaires, au

lieu de se diffuser dans les tissus environnants, s'encapsulent en quelque sorte dans une gangue celluleuse résistante. H. R.

**La dermatose de Kaposi (Xeroderma pigmentosum), par E. VIDAL** (*Ann. de derm. et de syphil., novembre* 1883).

Ce mémoire d'un vif intérêt commence par la relation de cinq observations nouvelles, les premières qui aient été recueillies en France. Appuyé sur ces faits et la connaissance approfondie des travaux de Kaposi, Geber, Taylor, Heintzmann, Duhring, Ruder, Neisser, etc., l'auteur entreprend ensuite l'étude générale de cette curieuse maladie.

C'est une affection qui débute généralement dans le cours des deux premières années (26 fois sur 31). Le sexe paraît n'exercer aucune influence (15 garçons 16 filles); mais, particularité fort curieuse, l'affection atteint ordinairement plusieurs enfants d'une même famille et presque exclusivement ceux d'un même sexe. On voit par exemple dans le travail de Ruder que parmi 13 enfants nés des mêmes parents 7 garçons sur 8 ont été frappés, les 5 filles restant indemnes. Ailleurs, les filles seules ont été atteintes. Cette règle de l'unisexualité comporte cependant quelques exceptions. Aucune autre influence prédisposante que cette tendance innée. Comme cause déterminante l'insolation paraît active; c'est en effet pendant la saison chaude et comme pour l'érythème pellagreux, sur les parties découvertes que le mal paraît débuter.

Jusqu'au moment où l'affection se révèle, rien n'attire l'attention sur la peau qui semble parfaitement normale, lorsque du jour au lendemain elle se couvre sur la face et le cou d'une rougeur diffuse qui rappelle celle causée par l'insolation, ou de taches rouges analogues à celles de la rougeole. Ces taches, après avoir persisté quelque temps, s'effacent incomplètement ou plutôt se transforment en macules fauves, identiques de coloration avec des taches de rousseur. Dans quelques cas la phase érythémateuse manque et les taches pigmentées sont initiales.

Une fois constituées, elles augmentent de nombre, de couleur et de dimensions. La peau des régions atteintes en est criblée; leur diamètre varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une lentille qu'elles dépassent quelquefois; les plus anciennes sont d'une teinte bistrée foncée. Apparues d'abord au cou et sur la face elles envahissent ensuite les mains et les avant-bras ; puis, après un temps qui varie de plusieurs mois à quelques années, les parties protégées par le vêtement (poitrine, bras, etc.). Les muqueuses paraissent respectées, sauf la conjonctive sur laquelle Vidal a rencontré des taches très foncées.

A une deuxième période, des phénomènes de dermatite chronique s'ajoutent à la pigmentation. La peau devient sèche, rugueuse, l'épiderme se détache en lamelles furfuracées. Plus tard la desquamation pityriasique s'accompagne de pustules impétigineuses déterminant la production d'exulcérations superficielles masquées par des croûtes mélitagriques ou brunâtres. En tombant, ces croûtes laissent à découvert des cicatricules rouges sur la plupart desquelles on voit se dessiner à mesure qu'elles blanchissent, des télangiectasies étoilées ou arborescentes. A mesure que le mal progresse ces taches blanches cicatricielles deviennent plus nombreuses et forment par leur réunion sur le nez, les joues, le front, des plaques blanches lui-

santes et lisses au niveau desquelles la peau marbrée d'étoiles vasculaires a subi une véritable atrophie qui rappelle celle du sclérème, dont elle se distingue facilement par la sensation qu'elle donne quand on la pince ou qu'on la fait glisser sur les parties sous-jacentes.

Après un temps variable le mal passe à la troisième période caractérisée par le développement au niveau des taches pigmentées les plus larges et les plus foncées de petites saillies verruqueuses et d'aspect corné. En arrachant cette corne on met à nu une surface papillomateuse saignante. Abandonnées à elles-mêmes ces petites tumeurs deviennent fongueuses, végétantes, puis s'ulcèrent (cancroïde papillaire). En cet état quelques-unes peuvent tomber spontanément en laissant une ulcération qui se cicatrise, ce sont ordinairement les plus végétantes, celles qui s'étendant en champignon au sommet sont étranglées ou pédiculisées à la base. D'autres, à la manière des cancroïdes vulgaires, croissent en surface et en profondeur et les malades finissent par succomber épuisés par la multiplicité de ces cancroïdes en suppuration. (Un malade de Vidal en portait 18). L'état général reste bon sauf à la fin de la troisième période, époque ou l'on voit les malades pâlir, maigrir, et arriver graduellement aux limites extrêmes du marasme. La durée moyenne du mal est de 10 à 12 ans; les tumeurs épithéliomateuses apparaissent au bout d'un temps qui varie de 4 à 6 ans.

Le pronostic est absolument fatal. Sous le rapport diagnostique le mal ne peut être confondu qu'avec une seule affection, l'urticaire pigmentée, maladie qui, comme la précédente, est très rare, débute dans les premiers mois de la vie, dure plusieurs années et détermine la production de taches pigmentées. Mais dans cette urticaire, les taches pigmentées, au lieu de se limiter aux parties découvertes, sont réparties partout. Elles sont même plus nombreuses et plus larges sur le tronc où elles deviennent, souvent cohérentes et même confluentes. De plus elles sont toutes sensiblement de la même nuance fauve ou café au lait. Elles coexistent avec des saillies papuleuses rosées ou rouges d'urticaire normale et s'accompagnent de vives démangeaisons et de traces de grattages. La confusion n'est possible qu'à la première période; plus tard la dermatose de Kaposi ne ressemble plus qu'à elle-même.

Rien de satisfaisant au point de vue pathogénique. Anatomiquement, Vidal a étudié avec Leloir l'état de la peau atrophiée et pigmentée, ainsi que les tumeurs. Il résulte de cette étude que la peau est amincie et que ses papilles, en général atrophiées, ont presque disparu sauf en certains points où elles forment une masse saillante (début de l'état verruqueux). La couche cornée de l'épiderme est épaissie; le stratum lucidum et le stratum granulosum font défaut; le réseau de Malpighi est très aminci. Individuellement les cellules de ce réseau paraissent saines, mais elles sont, dans la couche basilaire, surtout très fortement pigmentées. Le derme est atrophié, les vaisseaux y sont rares et les cellules embryonnaires abondantes dans la couche superficielle. On y constate aussi une telle abondance des fibres élastiques qu'elles semblent s'être substituées au tissu conjonctif atrophié. Atrophie marquée de glandes sébacées et sudoripares, ainsi que des faisceaux musculaires. Les tubes nerveux paraissent sains. Les tumeurs fongueuses ont la structure de l'épithélioma lobulé type, avec gangue fibreuse infiltrée de cellules embryonnaires; sur

quelques points elles peuvent présenter les caractères de l'épithéliome tubulé.

Ajoutons en terminant que deux magnifiques planches chromolithographiques représentent d'après nature un cas type de la maladie.

H. DANLOS.

**A contribution to the general knowledge concerning the prurigo papule, par R. MORISON** (*Amer. journ. of the med. sc., p.* 341, 1883).

L'auteur a étudié la papule de prurigo de Hebra sur de nombreuses pièces enlevées pendant la vie, aux différentes périodes évolutives de la lésion.

A son début, la papule est formée par une infiltration embryonnaire qui naît autour des vaisseaux superficiels du derme, et élargit les papilles ; l'épiderme refoulé s'épaissit, puis devient le siège d'une petite vésicule remplie de sérosité, de globules rouges et de leucocytes. Les canaux sudoripares, les follicules pileux ne jouent qu'un rôle secondaire dans ce processus, et leur présence au niveau de la papule n'est qu'accidentelle.

La papule naissante se sent au toucher, sous forme d'une petite nodosité profonde, avant d'être perceptible à la vue ; elle ne rougit que quand elle soulève l'épiderme et affleure à la surface ; quant à la démangeaison et au grattage, ce ne sont que des phénomènes subordonnés et consécutifs. On peut donc dire que les symptômes de l'affection marchent de pair avec l'accroissement ou le déclin des papules.

L'auteur, on le voit, rejette la théorie nerveuse du prurigo, et considère la maladie comme une variété spéciale de dermatite chronique.

Un historique assez long, mais qui ne compte pas cependant bon nombre de travaux importants parus récemment en France, précède ce mémoire.

A. CHAUFFARD.

**I. — Contribution à l'étude du traitement des teignes et en particulier du traitement par le cosmétique à l'huile de croton, par E.-A. MASSAY** (*Thèse Paris*, 1882, *n*° 60).

**II. — Traitement des teignes, par CRAMOISY** (*Brochure Paris*, 1882).

I. — Ce traitement, appliqué par Descroizilles à 250 malades environ, donne dans la teigne tondante des résultats favorables. La guérison ou une amélioration notable est de règle en un espace de temps qui varie de trois à huit mois. Elle nécessite de trois à cinq frictions. Celles-ci sont faites avec un bâton de cosmétique arrondi mesurant 25 à 30 millimètres de diamètre et préparé d'après la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Beurre de cacao..... | 10 |
| Cire..... | 10 |
| Huile de croton ..... | 20 |

Elles doivent durer 30 à 40 secondes ou au plus une minute ; le cuir chevelu ayant été rasé préalablement.

La friction terminée, on applique sur la tête un bonnet de taffetas gommé destiné à empêcher le contact de l'air, la contagion et surtout le trans-

port par les doigts de l'enfant de la matière irritante sur les yeux (ophtalmies) ou les muqueuses.

Une dermite séro-purulente se développe rapidement ; à son niveau etdans le voisinage immédiat le cuir chevelu rougit et se gonfle. En quelques jours l'inflammation cesse, les pustules se dessèchent et les croûtes que l'on fait tomber avec des cataplasmes de fécule, entraînent avec elles les cheveux malades et les parasites.

Les frictions sont répétées selon les besoins en ayant soin de limiter l'action à une petite surface et d'attendre pour recommencer que l'inflammation précédente soit entièrement guérie depuis quelques temps.

La douleur provoquée par la dermite est modérée et dure peu, quelques enfants même ne se plaignent pas.

Dans quelques cas la dermite est le point de départ d'un érysipèle et celui-ci peut exceptionnellement être grave (obs. 1) ; mais cette complication est rare, car Descroizilles pour 1,000 frictions faites à 250 malades ne l'a observée que quatre fois; et trois fois l'érysipèle n'eut aucune gravité.

Dans l'immense majorité des cas les cheveux repoussent sur les surfaces frictionnées.

A l'appui de ces conclusions l'auteur rapporte 95 observations fournies par Descroizilles. On ne saurait les considérer comme très probantes; dans beaucoup de cas les enfants n'ont pas été suivis jusqu'au bout et pour ceux réputés guéris, l'auteur ne dit pas à quel signe il a constaté la solidité de la guérison.

II. — Le traitement recommandé par l'auteur est le suivant :

Après avoir fait tomber, si besoin est, les croûtes avec des cataplasmes de farine de lin, et coupé les cheveux ou poils au ras de la peau, on fait, pendant au moins trois jours de suite, sur les parties malades, de légères frictions avec un pinceau de soies de sanglier un peu raide, imprégné de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Acide pyroligneux..... | 10 |
| Acide salicylique..... | 2 |
| Oxyde rouge de mercure..... | 1 |

Si le sujet est jeune ou la peau très irritable il est bon d'étendre avec un peu d'eau. A la suite de ces badigeonnages une irritation traumatique se développe. Elle se limite aux parties malades et, le traitement interrompu, tombe d'elle-même en quelques jours. Le malade est alors généralement guéri ; dans quelques cas il faut cependant recommencer quatre ou cinq fois la série des lotions (teignes invétérées). H. DANLOS.

**Lichen ruber guéri par l'arsenic en injections sous-cutanées, par KŒBNER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, *p.* 721, 13 *décembre* 1880).

Homme de 39 ans, sujet aux catarrhes bronchiques et ayant eu dans sa première enfance de nombreuses suppurations osseuses dont il lui reste des cicatrices et une ankylose du coude.

Début de l'affection actuelle en mai 1879, par une plaie rouge et prurigineuse au niveau du tibia droit; en octobre suivant, même manifestation sur l'autre tibia. A la fin de février 1880, démangeaisons excessives qui, de la partie supérieure du dos, ne tardent pas à gagner tout le tronc et les membres.

Etat en mai 1880 : L'éruption qui occupe la totalité du tronc, les membres supérieurs et les cuisses, surtout du côté de la flexion, se compose de papules rouge ardent, confluentes pour la plupart, quelques-unes ombiliquées mais en général coniques ; par ci, par là, elles sont revêtues d'une fine squame. Nulle part de vésicules. Quelques papules isolées sur la verge.

Pas de fièvre. Grattements incessants. Insomnie absolue depuis des mois, vu les démangeaisons.

Du 25 au 30 mai, Koebner lui injecte 1gr,28 de liqueur de Fowler. Immédiatement, le sommeil reparaît.

Comme le malade demeurait trop loin, il préféra continuer chez lui le traitement par l'arsenic à l'intérieur. Du 1er au 28 juin, les doses quotidiennes ingérées sont de 10 à 14 gouttes. Mais, d'une part l'estomac tolère mal le médicament, d'autre part les démangeaisons et l'insomnie se reproduisent, malgré des enveloppements froids. Les bains sulfureux, essayés également, ne font qu'exagérer le prurit.

Le patient se décide à revenir se faire faire des injections. Du 29 juin au 2 juillet, Koebner lui en pratique chaque jour ; puis à de plus longs intervalles, il les continue jusqu'au 16.

Dans cet espace de 18 jours, la quantité d'acide arsénieux ainsi introduite sous la peau, a été de trois centigrammes. Aucune de ces injections n'a déterminé d'inflammation locale ; la brûlure consécutive était légère et ne durait que quelques minutes.

Dès la 3e injection, les démangeaisons s'étaient apaisées ; dès la 5e, les papules commençaient à s'affaisser ; après la 8e, l'ensemble de l'éruption avait considérablement pâli.

A l'heure présente, cinq mois après la cessation du traitement, il ne reste que quatre ou cinq papules qui sont rapprochées les unes des autres et à peu près autant qui sont disséminées, les unes et les autres très peu saillantes et placées sur le haut du dos et à l'hypogastre. Partout ailleurs, on ne voit que de petites taches blanches déprimées avec point central formé par l'orifice folliculaire et auréole brun clair.

Comme affection secondaire, il est apparu un groupe de comédons dans l'espace interscapulaire, là où le lichen avait atteint son maximum d'intensité. J. B.

**On neuropathic Plica, par LE PAGE** (*Brit. med. journ., janv.* 1884, *p.* 160).

Outre la plique polonaise, où les follicules pileux sont enflammés et sécrètent un liquide visqueux qui agglutine les cheveux, il existe une autre variété de plique, dans laquelle la peau est indemne et les follicules pileux intacts. En voici un exemple.

Une jeune fille de 17 ans se présente à la consultation en septembre 1882 souffrant de fatigue, de courbature, et se plaignant d'une céphalée avec sensation de fourmillements du cuir chevelu. Dans le but de modérer cette démangeaison, elle fait une lotion sur la tête avec de l'eau chaude, et immédiatement après voit sa chevelure emmêlée d'une façon inextricable. La cause de cette intrication était liée à un singulier phénomène : tous les cheveux, au lieu d'être souples et parallèles, étaient devenus crépus et frisés et présentaient à la coupe l'aspect de cheveux plats, tandis qu'auparavant ils étaient cylindriques.

L'auteur pense qu'en pareil cas il existe un trouble nerveux initial qui donne lieu à des altérations de nutrition des bulbes pileux. H. R.

**Note sur deux cas de glossophytie, par PASQUIER** (*Bulletin médical du Nord, mai* 1883).

Ces deux cas ont été observés l'un chez un vieillard atteint de cystite et de phlegmon périprostatique, chez qui la langue devint noire sur presque toute sa face dorsale, excepté les bords, très sèche, ressemblant à une langue de ruminant, et cet état dura un mois; l'autre chez une femme âgée, au 2e septénaire d'une fièvre typhoïde modérée; la glossoplégie dura cinq semaines.

Les débris d'épithélium papillaire soumis à l'examen microscopique, consistaient en filaments noirâtres, composés d'épithélium pavimenteux et de corpuscules très réfringents, ovoïdes de 0,004 à 0,005, disposés en couche continue autour de la gaine épithéliale. Ces spores étaient par places disposées en amas libre, et nullement altérées par l'ammoniaque et la potasse.

Ces observations sont en concordance avec les recherches de Malassez

H. DANLOS.

**Acutes Eczem hervorgerufen durch das Tragen einer Frucht von Anachardium orientale (Eczéma aigu provoqué par l'anachardium orientale), par J. WESENER** (*Deuts. Arch. f. klin. Med., Band XXXIII, Heft* 6, *p.* 578, 1883).

Il s'agit d'une femme qui, en s'appliquant à la tempe une tranche du fruit de l'anacardium oriental, pour guérir le mal de tête, avait provoqué l'apparition d'une poussée d'eczéma presque généralisé, intense surtout au niveau de la face et de la tête. A propos de ce cas, l'auteur passe en revue les données acquises sur l'action physiologique ou thérapeutique de ce fruit et des produits qu'on en a extraits, le cardol surtout, sorte de liquide huileux, doué de propriétés extrêmement irritantes. Le cardol provoque rapidement l'apparition de pustules qui se dessèchent en formant de larges croûtes. Cette substance est difficilement applicable en thérapeutique, à cause de sa diffusion facile. La noix de l'anacardium fournit un baume moins actif que le cardol. A. MATHIEU.

**Ueber Morphium-Erythem, par KERN** (*Wien. med. Presse, n°* 18, 1883).

Parmi les érythèmes médicamenteux celui de la morphine est un des plus rares. Le sujet qui en a été atteint dans l'observation qu'on va lire présentait une singulière prédisposition puisque, trois ans avant de consulter l'auteur, il avait eu, à la suite d'une injection sous-cutanée de morphine, un érythème généralisé suivi de desquamation.

C'est un avocat de 35 ans, robuste et bien musclé qui a des hémorrhoïdes douloureuses et à qui l'auteur prescrit un suppositoire avec 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine. N'ayant pas eu soin de lire l'ordonnance où il aurait trouvé la menace d'un danger certain, il s'applique le suppositoire à midi. Le lendemain matin il envoie chercher son médecin en grande hâte en se plaignant d'un prurit intense sur tout le tégument et en lui annonçant qu'il va voir se développer l'érythème. Déjà la peau du périnée et du scrotum est chaude, rouge, tuméfiée. En plusieurs points le grattage a fait naître des bulles pemphigoïdes. La fièvre, qui a débuté par un frisson de deux heures après l'application du suppositoire, a acquis une certaine intensité (p. 92, t. 38).

Le second jour, état général satisfaisant, apyrexie complète. Mais l'éry-

thème s'est étendu à tout le tégument, ne respectant qu'une partie des membres inférieurs ; le gonflement est très considérable au scrotum et à la verge. Bientôt desquamation commençant, comme l'érythème, au périnée, et finissant aux doigts et aux ailes du nez. Le sixième jour tout est terminé, le malade quitte la chambre.

L. GALLIARD.

# MALADIES VÉNÉRIENNES.

**Leçons sur les maladies vénériennes professées à l'hôpital du Midi, par Charles MAURIAC** (*In*-8°, *Paris*, 1883).

Ce volume est le premier d'une série qui doit en comprendre trois. Il est consacré à la syphilis primitive et secondaire ; la vérole tardive et la syphilis par hérédité formeront un second volume ; le chancre simple, la blennorragie et leurs complications seront l'objet d'une troisième publication.

L'ouvrage débute par d'intéressantes considérations d'histoire et de pathologie générale relatives aux maladies vénériennes et principalement à la syphilis. L'auteur traite ensuite de la contagion dans ces maladies au point de vue démographique. Cette étude basée en grande partie sur des statistiques personnelles est très développée et comprend presque un quart de l'ouvrage. Il en ressort que de 1870 à 1875, la fréquence des maladies vénériennes a considérablement baissé dans Paris. Les causes invoquées pour expliquer le fait sont : la dépopulation momentanée après les deux sièges, l'appauvrissement relatif causé par la guerre, la surveillance active qu'exerçait alors la police des mœurs, la répression énergique de la prostitution clandestine et l'augmentation du nombre des mariages après la guerre. A partir de 1875, la statistique accuse un mouvement ascensionnel marqué, surtout en 1878 (Exposition), et dont les causes doivent être cherchées dans l'accroissement de la population, l'affluence des visiteurs ; peut-être aussi l'augmentation de la fortune publique ; mais avant tout dans les progrès de la prostitution clandestine qui, faute de répression, tend à remplacer la prostitution réglementée. En trois ans, la diminution du nombre des prostituées inscrites aurait été d'un neuvième. La déduction la plus curieuse tirée de ces études statistiques est relative au chancre mou étudié dans sa fréquence comparée à celle du chancre infectant. En 1837, la chancrelle était, paraît-il, 15 à 20 fois plus commune que le chancre syphilitique. Cette prédominance, tout en diminuant, se maintint jusque vers 1860. De 1860 à 1863, on voit le chancre syphilitique égaler ou même dépasser le chancre simple ; puis de 1864 à 1869, ce dernier reprend l'avance. Au moment de la guerre, nouvel accroissement dans la fréquence de la chancrelle qui devient bientôt trois fois plus commune que le chancre induré et représente la moitié environ du nombre total des affections vénériennes. En 1872, la chancrelle faiblit et sa régression est si rapide que dans les années 1874 et 1875, elle n'entre que pour un vingtième dans le chiffre total des affections vénériennes et

qu'il n'existe plus qu'un chancre mou pour dix chancres syphilitiques. Après 1875, le chancre mou croît comme les autres maladies vénériennes, mais plus vite, à tel point qu'il s'observe sur le sixième des malades qui fréquentent l'hôpital du Midi et prime d'un quart environ le chancre induré. Mauriac discute longuement la cause de ces fluctuations, établit par des statistiques empruntées aux médecins lyonnais qu'elles ont été aux mêmes périodes observées ailleurs qu'à Paris ; et tout en reconnaissant qu'il est impossible de tout expliquer, incrimine particulièrement le défaut de surveillance et l'insalubrité des prostituées libres.

Dans les leçons suivantes, l'auteur aborde l'étude détaillée de la syphilis primitive et secondaire sous le rapport étiologique et clinique.

Cette partie de l'ouvrage riche de faits bien observés et de remarques judicieuses forme une histoire complète des premières périodes de la syphilis; toutes les questions que soulève l'étude de la maladie sont examinées et discutées avec un grand sens pratique et une connaissance approfondie de la littérature médicale. Les descriptions symptomatiques sont claires, précises et témoignent hautement de la compétence de l'auteur. A l'aide d'observations personnelles prises dans les conditions les plus favorables, Mauriac établit d'une manière presque décisive l'inutilité de l'excision précoce du chancre syphilitique qui ne paraît susceptible ni de prévenir les accidents constitutionnels ni d'en amoindrir la gravité. La partie du volume consacrée aux syphilides réalise dans leur étude une heureuse simplification. Après avoir constaté non sans raison que dans la description des dermatoses véroleuses, les médecins de Saint-Louis ont multiplié les formes à plaisir, Mauriac montre que l'on peut avec avantage les ramener à un petit nombre de types.

Considérant que les formes bulleuses et vésiculeuses sont rares, essentiellement temporaires et généralement associées à d'autres éléments éruptifs plus fixes, il fait voir que l'on peut se borner à distinguer deux groupes principaux de syphilis, comprenant chacun deux subdivisions. Le premier renferme les syphilides sèches et résolutives, le plus souvent généralisées de type érythémateux (roséoles) ou papuleux (lichen, plaques); le second les syphilides plus circonscrites à tendance souvent ulcéreuse avec deux subdivisions S. pustulo-ulcéreuse (ecthyma) et S. tuberculo-gommeuse (gommes). L'auteur entre dans de grands détails sur les affections syphilitiques précoces de la peau et de l'hypoderme auxquels il a consacré déjà de fort intéressants mémoires et complète ses descriptions par l'histoire du phagédénisme syphilitique.

L'ouvrage se termine par un chapitre traitement dans lequel Mauriac développe et discute avec l'autorité que lui donne sa longue expérience les indications du mercure et de l'iodure potassique ; il donne un formulaire complet des préparations les plus utiles en indiquant autant que possible leurs avantages spéciaux dans tel ou tel cas. (Voy. *R. S. M.*, XIX, 634; XXI, 640.)

H. DANLOS.

**Des altérations du système lymphatique ganglionnaire chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, par L. DOYEN** (*Arch. gén. de méd., juin* 1883).

L'auteur a observé chez quatre enfants atteints de syphilis héréditaire, une hypertrophie générale des ganglions lymphatiques profonds, abdo-

minaux et thoraciques, avec ou sans lésions du foie, de la rate, et des poumons. Dans les quatre autopsies, les ganglions du mésentère étaient très volumineux, tandis que le tube digestif était parfaitement sain. Chez les deux premiers enfants, les altérations syphilitiques étaient localisées dans le foie et la rate chez les deux derniers, dans les viscères thoraciques; malgré cette répartition différente des lésions viscérales, l'hypertrophie ganglionnaire était égale dans le thorax et l'abdomen.

Contrairement à l'opinion de Parrot, les adénopathies généralisées de la syphilis héréditaire peuvent donc se produire d'une manière autonome, indépendamment de ses manifestations cutanées et viscérales. Le teint pâle et décoloré des jeunes syphilitiques atteints de ces hypertrophies ganglionnaires, les vomissements, la diarrhée, la tendance aux œdèmes et aux hémorragies, autorisent un rapprochement entre ce cas et la leucocytémie à forme splénolymphatique, d'autant plus que les lésions histologiques du ganglion sont les mêmes dans les deux affections. Malheureusement l'auteur n'a pas examiné le sang de ses malades pendant la vie. P. MERKLEN.

**Syphilis cérébrale précoce, par MANCHON** (*Thèse de Paris,* 1883).

Les conclusions de l'auteur ne diffèrent pas sensiblement de celles formulées antérieurement par Mauriac :

1° A une époque très rapprochée de l'accident primitif (un à dix-huit mois), la syphilis peut envahir le cerveau ;

2° De toutes les déterminations viscérales précoces, les syphiloses cérébro-spinales sont les plus fréquentes et les plus dangereuses ;

3° Tous les accidents des syphiloses cérébrales tardives peuvent s'observer dans les encéphalopathies précoces. La forme symptomatique la plus commune est l'hémiplégie et surtout l'hémiplégie droite avec aphasie ;

4° Etiologie absolument nulle ; dans la plupart des cas, l'accident primitif et les premiers accidents secondaires ont été très bénins ;

5° La précocité ne fournit pas d'indication particulière sous le rapport thérapeutique. H. DANLOS.

**Diabetes insipidus from syphilis, par Sydney PHILLIPS** (*Brit. med. journ., p.* 1020, *novembre* 1883).

Homme de 33 ans, ayant contracté 10 ans auparavant un chancre : depuis, à des époques multiples, manifestations syphilitiques variées. Au moment de l'examen, il urine de 10 à 12 litres par jour, et se plaint d'une céphalée fronto-pariétale avec douleurs à la pression sur un point circonscrit du crâne. Il présente en même temps des lésion d'iritis, et des gommes de la langue. Sous l'influence de l'iodure de potassium à haute dose, tous ces malaises disparaissent, y compris la polyurie. H. R.

**La syphilis chez les scrofuleux, par RAMONAT** (*Thèse de Paris,* 1883.)

La syphilis chez les scrofuleux et les tuberculeux se trouve souvent modifiée dans ses manifestations par le fait même du terrain sur lequel elle évolue.

L'influence de la *scrofule* se traduit par des changements dans les caractères objectifs, les symptômes et la marche des syphilides.

Parmi celles-ci, les plus influencées par la strume sont le chancre induré, les manifestations ganglionnaires, les syphilides cutanées proprement dites, les lésions de l'œil et du système osseux.

D'une manière générale, la syphilis a chez les scrofuleux une tendance marquée à la suppuration qui peut se produire soit sur le point touché directement par la diathèse (éruptions cutanées ou muqueuses, gommes, etc.), soit à distance dans les engorgements ganglionnaires suscités par le chancre ou les syphilides.

Ces manifestations anormales, bien que participant des diathèses mélangées, semblent données par la vérole, car elles disparaissent souvent sous l'influence du traitement spécifique; et la tendance au réveil des affections scrofuleuses ne survit pas à la syphilis.

Chez les tuberculeux, la syphilis a une action funeste pour exciter et précipiter les manifestations de la phymie. Elle crée des foyers morbides, des points de moindre résistance dont la tuberculose s'empare pour évoluer en accélérant sa marche naturelle. Le larynx est un organe fréquemment touché par les deux diathèses.

Chez les scrofuleux, le traitement spécifique devra toujours être associé au traitement tonique et reconstituant.

Chez les tuberculeux, le début de la syphilis devra être surveillé avec soin et combattu de bonne heure, car la moindre manifestation spécifique pourra éveiller la tuberculose en puissance ou déjà en action, et amener un dénouement fatal. H. DANLOS.

**De la syphilis rénale, par VASSILE NEGEL** (*Thèse de Paris*, 1882).

Dans ce travail se trouvent résumés la plupart des faits antérieurs et des discussions relatives aux déterminations rénales de la syphilis. Dans une première partie, l'auteur étudie l'influence de la syphilis héréditaire, précoce ou tardive; dans une seconde, beaucoup plus développée, les néphrites observées à la période secondaire. D'autres chapitres sont consacrés aux néphrites tardives, dégénérescence amyloïde, gommes, etc. Ce travail intéressant, par le nombre des matériaux accumulés, pèche peut-être par manque de critique. D'après l'auteur, dans la syphilis acquise, les néphrites précoces contemporaines des accidents secondaires ont le caractère des néphrites infectieuses (Albumine rétractile, microbes, etc.). L'albuminurie en est le caractère principal et souvent unique, ce qui fait que souvent elles passent inaperçues. Elle est généralement assez persistante et peut survivre aux accidents secondaires, d'où la nécessité en présence d'un sujet atteint de néphrite, de rechercher toujours la syphilis dans les antécédents. « Beaucoup de présomptions font penser, dit l'auteur, qu'un certain nombre de cas de mal de Bright peuvent être la récidive de la terminaison latente de la néphrite syphilitique précoce. » (?) Cette néphrite est justiciable du traitement spécifique; le régime lacté est un adjuvant utile, mais non nécessaire.

A la période tertiaire, la vérole portant sur le rein pourrait s'y révéler, tantôt par les lésions et les symptômes du mal de Bright aigu ou chronique, tantôt par la dégénérescence amyloïde. Relativement à cette dernière, l'auteur pense avec Wagner et cite à l'appui de son opinion une

observation personnelle, que l'état lardacé du rein peut s'observer à titre de manifestation syphilitique directe sans préexistence d'une suppuration osseuse ou autre. En terminant, il signale les gommes du rein, lésions absolument rares et toujours latentes. H. DANLOS.

**Ein Fall von Dactylitis syphilitica, par Clemens von KAHLDEN** (*Deuts. Arch. f. klin. Med., Band XXXIV, Heft* 2, *p.* 190).

Il s'agit d'une femme de 50 ans. Pas de renseignements sur les antécédents. La fille paraît atteinte de syphilis héréditaire. La main est très déformée. Les doigts sont fortement fléchis; la main est déjetée vers le bord radial. L'articulation radio-carpienne est ankylosée. Sur le dos de la main, vers la région du carpe on rencontre quelques ulcérations; la plus grande présente le diamètre d'une pièce de cinquante pfennige. Il existe aussi des cicatrices qui semblent résulter de semblables ulcérations. Les quatre derniers doigts sont si fortement renversés vers le bord radial qu'ils recouvrent presque complètement le rudiment du pouce. Les articulations de ces doigts sont pour la plupart enkylosées, les autres présentent des crépitations évidentes.

Certains des segments de la main sont très hypertrophiés, d'autres, au contraire sont atrophiés. L'index est fortement épaissi; sur sa face dorsale on rencontre trois grandes ulcérations arrondies, à bords dentelés, souvent mal déterminées, cyanosées et à fond sanieux, recouvert par places de fongosités. Au voisinage, la peau est épaisse et noueuse.

Des ulcérations semblables se rencontrent sur la face dorsale du médius et de l'annulaire. La phalangette du médius est immobilisée dans une extension exagérée. Le petit doigt est augmenté de volume, mais moins modifié que les autres. Il porte aussi sur sa face dorsale une petite ulcération superficielle.

Dans la paume de la main, la peau est épaissie, sans ulcérations.

La seconde phalange du pouce a complètement disparu, la première est entamée. Ce qui reste de ce doigt est représenté par un moignon noueux, hypertrophié sur lequel l'ongle est directement appliqué.

Comme il n'y avait aucun espoir de guérir cette affection par un traitement interne, on fit l'amputation de l'avant-bras.

Au microscope, on trouva du gonflement des cellules du corps de Malpighi, un écartement des fibres du derme, semblable à celui qu'on trouve dans l'œdème et dans les mailles de l'hypoderme des groupes de cellules agglomérées, semblables aux éléments endothéliaux du péritoine et constituées par des amas de corpuscules rappelant les amas de micrococci. Il y avait de de l'endopériartérite. A. M.

**I. — De la syphilis articulaire, par L. DEFONTAINE** (*Thèse de Paris, n°* 35, 1883).

**II. — Des arthropathies dans la syphilis héréditaire, par RANGUEDAT** (*Thèse de Paris,* 1883).

I. — L'auteur définit la syphilis articulaire; l'ensemble des accidents dus à l'empoisonnement syphilitique et portant sur tout ou partie de ce qui constitue une articulation : extrémité osseuse, cartilage synovial, ligaments :

Il étudie successivement :

1° Les arthralgies;

2° Les arthrites subaiguës;

3° Les hydarthroses;

4° Les infiltrations gommeuses périsynoviales ;

5° Les ostéo-arthropathies. Celles-ci comprennent :

*a*) Une variété gommeuse par gomme juxta-articulaire ;

*b*) Une variété périostique par périostite juxta-articulaire ;

*c*) Une variété hyperostosique attribuable à une gomme intra-osseuse diffuse ou circonscrite (pseudo-tumeur blanche, de Fournier, Dureuil, Méricamp).

A la fin de ce travail, quelques mots sont consacrés à la description des arthropathies syphilitiques héréditaires d'après Schuller et Méricamp, puis viennent à titre de pièces justificatives vingt-cinq observations publiées déjà pour la plupart.

II. — La revue des observations publiées jusqu'à ce jour conduit l'auteur à admettre trois formes distinctes d'arthropathies dans la syphilis héréditaire :

1° L'hydarthrose ;

2° La pseudo-tumeur blanche (Dureuil, Fournier) ;

3° L'arthrite déformante.

L'hydarthrose est décrite d'après un fait personnel qui malheureusement n'est pas très probant. Cette observation recueillie dans le service de Fournier est relative à un individu de 17 ans, chétif et ayant des signes manifestes de syphilis héréditaire (plaques muqueuses quelques semaines après la naissance; et au moment de l'examen, triade d'Hutchinson : Cophose incomplète; kératite interstitielle; lésions dentaires). Entré à l'hôpital pour une hydarthrose double des genoux développée depuis quatre mois ; le malade fut soumis *pendant deux mois sans amélioration* au traitement spécifique : 4 grammes d'iodure par jour.

Les deux autres formes d'arthropathie sont décrites d'après des observations déjà publiées dans les thèses de Dureuil (1880) et de Méricamp (1882). (Voy. *R. S, M.*, XXI, 250.) H. DANLOS.

**Le sarcocèle syphilitique, par ROHMER** (*Thèse d'agrégation, Paris,* 1883).

Dans ce travail, l'auteur a pris pour guide l'intéressant mémoire de Reclus dont il adopte en général les idées et les conclusions. Sur certains points, cependant, il s'en sépare, notamment au sujet de l'orchite aiguë syphilitique dont l'existence ne lui paraît pas suffisamment démontrée. Il critique également la dénomination de scléro-gomme appliquée par Reclus aux lésions initiales de l'orchite syphilitique, sous prétexte que les productions interstitielles et les nodules lymphoïdes ne présentent à cette période ni la rétractilité caractéristique des scléroses, ni l'état de dégénérescence nécrobiotique qui distingue les gommes. Il propose pour la néoplasie syphilitique à cet âge le nom d'orchite interstitielle nodulaire ou diffuse, qu'elle devra changer plus tard pour celui d'orchite atrophique, ou de gomme ramollie suivant l'évolution scléreuse ou nécrosique du néoplasme. Plus loin, il montre qu'il faut chercher dans cette question de nomenclature la cause de l'apparente contradiction entre Reclus qui admet la suppuration de l'orchite syphilitique et nombre d'auteurs qui la rejettent.

Relativement au diagnostic différentiel du fongus superficiel et profond, sans contester au fond la légitimité de la distinction établie par Reclus,

l'auteur croit qu'au lit du malade, les caractères différentiels en seront quelquefois d'une constatation difficile. Pour éviter la confusion entre la tuberculose et la syphilis suppurée du testicule, aux signes déjà connus Rohmer ajoute ceux fournis par l'examen microscopique du pus. En cas de tuberculose, la préparation d'une gouttelette de ce liquide, suivant la technique connue, montrerait la présence du bacille caractéristique. A l'appui de cette assertion il cite deux observations de Spillmann où l'exactitude de ce signe diagnostique a pu être contrôlée. H. DANLOS.

**Des gommes de la verge, par OZENNE** (*Revue de chirurgie*, 11 *juillet* 1883).

L'auteur a réuni le petit nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour. Il rappelle, d'après M. Fournier, que la syphilide gommeuse de la verge peut occuper quatre sièges différents : la muqueuse du gland et du prépuce ; le fourreau de la verge, le canal de l'urètre et les corps caverneux. Le diagnostic en est ordinairement facile, bien qu'on ait pu la confondre avec un chancre induré, un chancre phagédénique, un épithélioma. Des quatre variétés, les deux dernières peuvent offrir une certaine gravité, en ce sens qu'elles déterminent quelquefois des cicatrices inextensibles et par conséquent capables d'apporter un obstacle aux fonctions de la verge, et des indurations indélébiles, dont le diagnostic avec les plaques dures du dos de la verge chez les goutteux et chez les diabétiques peut rester indécis. A. C.

**De l'œdème chancreux syphilitique des grandes et petites lèvres, par VARAILLON** (*Thèse de Paris*, 1882).

Le but de ce travail est d'attirer particulièrement l'attention sur un symptôme bien connu, mais en général indiqué très brièvement, sauf dans deux mémoires spéciaux que l'auteur ne semble pas avoir consultés, car il ne les cite pas (Voir Aimé Martin, *R. S. M.*, t. XIV, et Oberlin, t. XV). Il compare assez heureusement cet état au phlegmon avec induration du prépuce observé quelquefois en pareil cas chez l'homme (chancres éléphantiasiques de Mauriac) et en donne une description que l'on peut résumer ainsi :

Le chancre infectant des grandes et des petites lèvres s'accompagne souvent sans cause appréciable d'un gonflement particulier d'une dureté intermédiaire à celle du sclérome et de l'œdème. Cet œdème indolent en dehors de toute complication ne dépasse jamais les lèvres et n'est bilatéral que lorsqu'il existe des chancres infectants bilatéraux. Sa marche est chronique d'emblée; il peut s'éteindre avec le chancre qui lui a donné naissance, mais le plus souvent il persiste longtemps après lui et fournit alors en l'absence d'accidents secondaires un signe précieux pour le diagnostic rétrospectif de la syphilis. Il est toujours accompagné d'une lymphite et d'une adénite indurée caractéristiques, ce qui conduit à penser que l'œdème chancreux est suivant l'expression de Fournier une lymphangite en nappe du réseau dermo-hypodermique. Le traitement est le plus souvent inefficace pour abréger sa durée ; on se trouvera bien néanmoins du repos et de badigeonnages répétés avec une solution de nitrate d'argent au cinquième, sans préjudice bien entendu de la médication spécifique. H. DANLOS.

**I. — Note sur l'emploi de l'acide pyrogallique dans le traitement des chancres et des bubons chancreux, par F. BOTTEY** (*Ann. de derm. et de syphiligr., août* 1883).

**II. — A propos du traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique, par BROCQ** (*Ann. de derm. et de syphiligr., octobre* 1883).

I. — L'acide pyrogallique dont on avait préalablement constaté la pureté par l'analyse chimique a été dans ces expériences employé sous forme de solution (eau) ou de poudre (amidon) au dixième ou au vingtième. Chez aucun des neuf malades dont l'auteur rapporte l'histoire, on n'a constaté d'action efficace. Malgré les doses employées, bien inférieures à celles (pyrogallol au cinquième) dont Vidal a préconisé l'emploi, les douleurs ont été tellement vives qu'au bout de quelques jours, il a fallu cesser les applications. En outre, chez deux malades, le topique a provoqué des complications inflammatoires (érythème, phlegmon diffus). Chez les rares malades qui ont pu supporter longtemps la médication (24 jours; observ. 7 et 8) on n'a pas observé la transformation en plaie simple et il a fallu revenir à l'iodoforme.

II.— Brocq conteste l'exactitude des observations précédentes et reproche à l'auteur de ne pas s'être mis exactement dans les conditions indiquées par Vidal. Il pense qu'en dépit des assertions du pharmacien chargé de l'analyse chimique, d'aussi grandes différences dans les résultats ne peuvent dépendre que d'une composition différente du produit. H. DANLOS.

**I. — Observation clinique sur l'action de la médication thermale dans la syphilis, par JAPHET** (*Ann. d'Hydrol., t.* 26).

**II. — Sur l'action des bains de mer dans les syphilis latentes, par DELIGNY (de Toul).** (*Ann. d'Hydrol., t.* 28).

**III. — Des eaux d'Aulus dans la syphilis (par FRAICHE** (*Ann. d'Hydrol., t.* 28).

**IV. — Des eaux sulfureuses iodiques, et en particulier des eaux sulfurées de Bagnères-de-Luchon dans le traitement de la syphilis, par FERRAS** (*Ann. d'Hydrol., t.* 28).

**V. — Des indications de la médication de Challes dans la syphilis, par ROYER** (*Ann. d'Hydrol., t.* 28).

**VI. — Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier par les eaux de Cauterets, par DUHOURCAU** (*Ann. d'Hydrol., t.* 28).

**VII. — Étude critique sur le traitement d'épreuve, par DELAVARENNE** (*Ann. d'Hydrol., t.* 28).

**VIII. — Du traitement des maladies syphilitiques par les eaux minérales d'Aulus, par BORDES-PAGÉS** (broch. Paris, 1874).

**IX. — Essai clinique sur l'action des eaux sulfureuses de Bagnères-de-Luchon dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis, par PÉGOT** (1884).

**X. — Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier par les eaux d'Uriage, par DOYON** (*Ann. d'Hydrol., t.* 29).

**XI. — Réflexions sur le traitement de la syphilis par les eaux thermales, par SÉNAC-LAGRANGE** (*Ann. d'Hydrol., t.* 29).

Sept observations de Ferras ont trait à des cas de syphilis cutanée et muqueuse, présentant les formes pustuleuse, squameuse, ulcéreuse, tuberculeuse et tuberculo-crustacée.

Le traitement spécifique avait eu un résultat nul ou médiocre ; sous l'influence mixte d'un traitement sulfureux et spécifique, les accidents disparaissent, aussi bien les formes lentes et persistantes (psoriasis palmaire) que les formes papulo-érosives. La guérison à peu près achevée après une saison thermale, quand elle ne l'est pas complètement, se poursuit rapidement ensuite.

Même résultat heureux de syphilide tertiaire ulcéreuse.

Huit autres observations relatent des faits de syphilis tertiaires, savoir : un cas de glossite ulcéro-scléreuse, un autre de cachexie syphilitique avec périostoses et gommes ulcérées, un cas d'hémiplégie et enfin un cas de ramollissement cérébral avec paraplégie.

Les gommes ulcérées, les douleurs incessantes ont été le mieux influencées. Les périostoses, la paralysie, ont été améliorées considérablement. Mais c'est surtout l'état général (cachexie syphilitique) qui a été puissamment relevé.

A propos de syphilides papulo-squameuses, palmaires et plantaires guéries par les eaux de Challes exclusivement, le Dr Royer se demande à quelle action attribuer des guérisons de ce genre? Une restauration de l'état général y a sa part sans doute par des éléments qui peuvent mieux s'adapter à lui, tels que l'iode et le brome ; mais la mise en circulation assez active du mercure accumulé par les traitements antérieurs y aurait la part principale.

Le Dr Dubourcau nous paraît partager l'opinion de certains médecins espagnols sur l'action spécifique d'eaux minérales (Garcia Lopez). Serait-ce parce que certaines sources contiendraient du mercure, ainsi que le prévoyait Bordeu et que l'admet Garrigue. L'auteur pencherait vers cette donnée.

Le Dr Delavarenne combat les pratiques du *traitement d'épreuve*, trop en vogue dans certaines stations. Ces pratiques consistent en une exagération du traitement qui, s'il peut, par l'excitation périphérique qu'il entraîne, provoquer une manifestation cutanée de la maladie, peut bien plus, par cette excitation outrée, agir en pertubateur. Aussi, l'auteur le considère-t-il comme une pratique inutile et dangereuse. Dangereuse, car elle constitue le mal du remède d'abord, amène ensuite des complications de la maladie spécifique. Inutile, car les règles formulées par le professeur Fournier, sont suffisantes et l'emportent sur un moyen souvent négatif : 1° absence d'accidents spécifiques actuels, 2° âge avancé de la diathèse ; 3° certaine période d'immunité absolue consécutive aux dernières manifestations spécifiques ; 4° caractère non menaçant de la maladie ; 5° traitement spécifique suffisant, sont des conditions, qui satisfaites, défient toute épreuve.

Un cas particulier du Dr Japhet confirme le danger d'une application intempestive du traitement thermal soulevant une localisation morbide spécifique.

Le Dr Deligny de Terel renchérit sur ces données en citant deux cas de retour de manifestations spécifiques après un traitement intempestif, par les bains de mer.

Bordès-Pagès, en 1874, avait présenté un grand nombre d'observations d'accidents spécifiques secondaires (syphilides papulo-érosives, ulcéreuses) et d'accidents tertiaires (carie, nécrose, exostose, gommes ulcérées,

testicule syphilitique) guéris uniquement par les eaux minérales d'Aulus.

Les conditions particulières des malades objets de ces observations étaient les suivantes : tempérament lympho-scrofuleux ou lympho-arthritique ; tous avaient subi des traitements spécifiques antérieurs. L'auteur cite cette dernière condition sans en tirer de conséquence.

Pégot, partisan déclaré du traitement spécifique aux eaux sulfureuses, laissait également justiciables de la médication sulfureuse seule, des manifestations syphilitiques et la cachexie syphilitique, aux cas où les malades auraient suivi antérieurement des traitements spécifiques.

Pour Sénac-Lagrange, l'action révélatrice des eaux thermales, quoique rare, existerait par les eaux fortement thermalisées, les sulfureuses particulièrement ; recherchée dans une mesure physiologique, elle constituerait une méthode vraie.

L'action des eaux thermales expliquée par une dissolution du mercure emmagasiné n'est point assez justifiée par la clinique. Elle ne s'appliquerait au reste qu'aux eaux sulfureuses.

Doyon emploie plus spécialement à Uriage les frictions mercurielles, l'usage interne du mercure pouvant être plus agressif aux voies digestives avec des eaux chlorurées sodiques.

Sous l'influence de l'action révélatrice des eaux chlorurées sodiques, le même auteur n'a jamais vu apparaître que des accidents de la période secondaire. Otterbourg et Durand-Fardel ont cependant observé par deux fois la réapparition d'une syphilis tertiaire par les eaux de Plombières et de Vichy, prescrites pour une affection du foie. SÉNAC-LAGRANGE.

**Ein Beitrag zur Aetiologie der gonorrhoischen Secrete, par ESCHBAUM** (*Deutsche med. Woch., n° 13, 1883*).

L'auteur s'est servi d'abord du procédé de Neisser pour rechercher le micrococcus de la blennorragie : on place une fine couche de liquide à examiner sur une lamelle de verre, on laisse sécher la préparation à l'air, puis on la place au-dessus d'une flamme de façon à obtenir une température de 120 à 150° pendant deux heures ; on fait ensuite agir pendant 24 heures une solution aqueuse, modérément concentrée de bleu de méthyle, on lave dans l'eau et on monte dans le baume de Canada.

Mais au lieu de ce procédé un peu long, l'auteur en utilise un autre plus expéditif. Il étend une goutte de pus sur la lamelle et quand la dessiccation est obtenue, il fait passer trois fois la lamelle dans la flamme d'une lampe à alcool, puis il la plonge pendant 15 à 20 minutes dans une solution aqueuse à 1/4 0/0 de violet de gentiane, la trempe pendant 20 secondes dans l'alcool absolu et la fait enfin sécher sur la lampe à alcool. La préparation est fixée avec le baume de Canada. — Le tout dure 20 à 30 minutes.

Les micrococci sont relativement gros, légèrement ovales, rarement isolés et en général accouplés. Ils ne forment jamais de chaînes, mais des amas de 4 à 8 paires. Leur nombre varie suivant la période du processus blennorragique.

Neisser pense que ces cocci sont déposés sur les cellules de pus ou plus rarement sur les cellules épithéliales. L'auteur les considère, avec Haab et Leistikow, comme siégeant dans le corps même des cellules. Ils sont parfois tellement accumulés dans le protoplasma des globules de

pus que le noyau paraît comprimé ou même abandonne la cellule. On les trouve du reste aussi en dehors des éléments cellulaires, mais seulement après la destruction de ces derniers. L. GALLIARD.

**De quelques formes cliniques de la blennorragie localisée chez la femme, par P. HAMONIC** (*Ann. de derm. et de syphil., août* 1883).

La blennorragie a une tendance très grande, lorsqu'elle passe à l'état chronique, à se retirer dans les glandes de la vulve. Elle y élit domicile, prête à en sortir et à envahir de nouveau les organes génitaux externes si une cause quelconque d'irritation vient la réveiller.

1° Limitée à une glande de Bartholin, elle se reconnaît aux caractères cliniques suivants : Petite tumeur dure rénitente mobile, peu douloureuse, correspondant au siège anatomique de la glande. La pression en fait sourdre une gouttelette de pus séreux blanchâtre qui paraît au niveau de l'orifice du canal excréteur. La maladie est contagieuse et de durée essentiellement chronique.

La blennorragie peut n'occuper que le conduit excréteur de la glande de Bartholin. On voit en pareil cas au niveau de l'orifice une petite plaque circulaire très rouge. Le conduit peut être dilaté et infundibuliforme, et souvent la zone de rougeur qui l'entoure est exulcérée. Pas d'induration appréciable de la glande, pas de pus à la pression. La maladie ne serait pas contagieuse, mais très persistante et sa guérison spontanée serait très rare.

A l'occasion d'une irritation la phlegmasie pourrait se propager aux culs-de-sac glandulaires et au tissu cellulaire extérieur (*bartholinite et péribartholinite aiguës*). L'extension se ferait avec une réaction fébrile intense et aboutirait en quelques jours à un abcès vulvaire. En pareil cas, le pus blanchâtre et séreux fourni par l'orifice glandulaire serait seul virulent à l'exclusion du pus de l'abcès vulvaire qui serait simplement phlegmoneux et sans virulence.

2° La blennorragie chronique peut aussi se localiser au niveau du vestibule. C'est la folliculite blennorragique pré-urétrale pouvant revêtir trois types cliniques.

*a*) Folliculite simple, caractérisée par l'existence autour du méat d'une couronne de petits mamelons rouges réguliers plus nombreux sur les côtés. Pas de douleur, ou simplement cuisson légère en urinant, pas de contagiosité.

*b*) Folliculite hypertrophique. Elle est caractérisée par le développement insolite des glandules qui deviennent quelquefois polypiformes.

*c*) Folliculite suppurée. Aux saillies glandulaires pleines des variétés précédentes se mêlent de petits points blancs gros comme une tête d'épingle. Ces abcès miliaires finissent par s'ouvrir en laissant à découvert une petite cavité cratériforme qui ne tarde pas à se fermer.

3° Plus rarement la blennorragie se localise à la face interne des petites lèvres au niveau de la fourchette ou du vestibule sous la forme d'une plaque rouge irrégulière granuleuse à bords nettement tranchés; ou de simples points rouges saillants disséminés à distance variable. Au niveau de ces parties enflammées se voit un enduit puriforme qui rend la contagion très probable.

Une femme ne pourra être déclarée saine qu'autant qu'elle ne présen-

tera à aucun degré une inflammation *glandulaire blennorragique*, localisée. L'auteur oublie de dire à quels signes on reconnaît le caractère blennorragique de l'inflammation. H. DANLOS.

# PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

— **Rétrécissement fibreux de l'œsophage. — Gastrostomie; succès opératoire. — Mort par inanition, par TILLAUX** (*Bulletins de la Soc. de chirurgie, t. IX, p.* 214, *N. S.*, 1883).

II. — **Cancer de l'œsophage avec perforation de la trachée, gastrostomie, mort; observation suivie de réflexions, par Paul BERGER** (*Ibid., p.* 220).

III. — **De la gastrostomie dans les cas de rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par FAUCON (de Lille)** (*Ibid., p.* 664).

IV. — **Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** (*Ibid., p.* 745).

V. — **Même sujet, par Léon LABBÉ** (*Ibid., p.* 748).

VI. — **De la gastrostomie; rapport, par HORTELOUP** (*Ibid., p.* 775).

VII. — **Sur le lieu d'élection de la fistule dans la gastrostomie, par LARGER** (*Ibid., p.* 776).

VIII. — **Cancer annulaire de la partie inférieure de l'œsophage, rétrécissement, gastrostomie, par Léon LE FORT** (*Gazette des hôpitaux, n°* 90, 1883).

IX. — **Ueber Gastrostomie, par MAYDL** (*Wiener med. Blätter, n°s* 15-24, 1882).

X. — **Même sujet, par Marc SÉE** (*Bulletins de la Soc. de chirurgie, t. IX, p.* 227, *N. S.*, 1883).

XI. — **A case of gastrostomy for carcinoma of the œsophagus, par Samuel-W. GROSS** (*Philad. med. News, p.* 591, 1er *décembre* 1883).

XII. — **Carcinoma of the œsophagus. Gastrostomy. Recovery from the operation. Death three weeks and a half later, par BUTLIN** (*Brit. medical journal,* 14 *avril* 1883).

XIII. — **Drei Fälle von Gastrostomie wegen Strictura carcinomatosa Oesophagi, par A. KNIE** (*St-Petersburg med. Wochenschr., n°* 2, 1883, *et Centralbl. f. Chir., p.* 158, 1883).

XIV. — **Gastrostomie bei carcinomatöser Striktur des Oesophagus, par M.-K. KITAJEWSKY** (*Wratsch, n°s* 37-39, 1882).

XV. — **Strictura cancerosa œsophagi, gastrostomia, par C. STUDSGAARD** (*Nordiskt medicinskt Arkiv, n°* 9, 1879).

XVI. — **A successful case of gastrostomy for cancer of the œsophagus, par Thomas BRYANT** (*The Lancet,* 6 *mai* 1882).

XVII. — **A successful case of gastrostomy, par GREEN** (*The Lancet,* 3 *février* 1883).

XVIII. — **Drei Gastrotomien wegen krebsiger Stenose des Oesophagus, mit einen glücklichen Ausgang (Trois gastrotomies pour cancer, dont une suivie de succès), par Theodor KOCHER** (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte, n°* 24, *p.* 505, 15 *décembre* 1883).

XIX. — **Beitrag zur Casuistik der Magenoperationen (Contribution aux opérations sur l'estomac), par Paul RUPPRECHT** (*Arch. f. klin. Chirurgie, t. XXIX, p.* 177).

XX. — **Demonstration eines durch Gastrotomie aus den Magen eines jungen Mädchen entfernten Haargeschwulst (Tumeur pileuse extraite de l'estomac par gastrostomie), par SCHŒNBORN (de Königsberg).** (*Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Chirurgie, XII° congress,* 1883).

**XXI. — Gastrostomie wegen Fremdkörper, Heilung (Gastrostomie pour corps étranger, guérison), par Theodor KOCHER** (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte, n° 24, p. 602, 15 décembre* 1883).

**XXII. — Corps étranger de l'estomac, par GÉRARD (de Bourgueil)** (*Gaz. des hôp., n° 39,* 1883).

I. — Observation des plus intéressantes : un homme de 52 ans présente depuis deux ans les signes d'un rétrécissement œsophagien qui aurait débuté d'une façon brusque; un an après le début, Tillaux a tenté vainement la dilatation du rétrécissement, et il se préparait à pratiquer l'œsophagotomie interne, quand le malade quitta l'hôpital. A cette époque, la déglutition des liquides était seule possible. Un an après, le malade se représentait dans un état d'émaciation extrême; la déglutition des liquides était impossible; le cathétérisme œsophagien était empêché par un obstacle siégeant à 25 centimètres des incisives. En raison de la marche lente des accidents, de la forme circulaire du rétrécissement, de l'absence d'expulsion sanguinolente et de cachexie, Tillaux admit l'existence d'un rétrécissement fibreux infranchissable, quoique une déviation légère du cartilage thyroïde et quelques phénomènes vasculaires eussent pu faire penser à une compression par un anévrisme.

*Gastrostomie*, le 16 mars 1882. Elle est faite par le procédé Labbé-Verneuil; le grand épiploon se présente dans l'incision de 5 centimètres faite parallèlement au cartilage de la 8e côte gauche et permet d'attirer l'estomac, que l'on fixe d'abord avec deux broches, puis avec 17 points de suture, au péritoine pariétal : l'organe est incisé aussitôt, et une sonde en caoutchouc est introduite dans sa cavité.

Dès le lendemain, on commence à alimenter le malade par cette voie, et pendant 6 ou 7 jours, tout paraît aller pour le mieux; mais à partir de ce moment, l'opéré, qui était dans un état d'exaltation mentale particulier, même avant l'opération, refuse de se laisser injecter les aliments dans l'estomac; il s'obstine à vouloir se nourrir par la bouche, il est pris de délire, s'affaiblit très rapidement, et il succombe à l'inanition le 2 avril, le 17e jour après l'opération.

L'*autopsie* permit de constater l'existence d'un rétrécissement canaliculé de 7 centimètres de long, au niveau duquel la texture normale des tuniques de l'œsophage avait complètement disparu. Ce rétrécissement était constitué par un tissu fibroïde parsemé de nombreux abcès, dont l'un, volumineux, entourait presque complètement l'œsophage.

L'estomac n'était pas très diminué de volume; la soudure entre ses parois et le péritoine pariétal, sur toute la circonférence de l'incision, était absolument complète et solide.

II. — Il s'agit d'un homme de 45 ans qui, depuis 3 mois 1/2, accuse une dysphagie progressive qui est actuellement totale. Le cathétérisme œsophagien est arrêté par un obstacle absolu à 23 centimètres des incisives, et il détermine des douleurs violentes et un saignement abondant; dans une dernière tentative faite pendant l'anesthésie, la bougie conductrice franchit l'obstacle et pénètre à 12 centimètres plus loin, mais elle ne peut être suivie par la sonde; l'état du sujet, qui n'a rien pu prendre depuis plusieurs jours, est des plus précaires; M. Berger pratique la gastrostomie avec l'aide de MM. Perier et Terrier. L'opération, faite par le procédé de Labbé-Verneuil, ne présente aucun incident notable ; le malade, qui d'abord avait pu conserver quelques aliments introduits dans l'estomac par la bouche stomacale, s'affaiblit d'heure en heure et succombe au bout de 19 heures.

L'*autopsie* montre l'existence d'un cancer ayant déterminé la perforation de la trachée; c'est dans cette perforation que s'était introduite la bougie conductrice lors du dernier cathétérisme. Il n'y avait pas trace de péritonite et des adhérences péritonéales recouvraient déjà toute la ligne de réunion de l'estomac à la paroi abdominale.

Cette observation est un nouvel exemple des dangers auxquels expose le catéthérisme œsophagien en cas de cancer : une injection alimentaire poussée par la sonde se fut introduite nécessairement dans les bronches. Elle confirme ce que l'on sait des résultats peu favorables que donne la gastrostomie pratiquée pour les rétrécissements cancéreux. L'auteur rappelle à ce propos la statistique de L.-H. Petit, qui, sur 40 opérations de cette nature, a relevé 35 morts rapides, et 5 cas seulement de survie où la terminaison fatale est survenue au bout d'un espace de 17 jours à 6 mois. — Il ne pense pas néanmoins qu'en présence des dangers et de l'impossibilité du catéthérisme, et de la situation d'un malade qui meurt de faim et de soif, on doive prendre l'abstention en règle absolue.

Berger cherche à préciser le manuel opératoire, en s'appuyant sur un certain nombre de recherches faites sur le cadavre. Il indique les plans que l'on a à traverser quand on emploie le procédé mis en usage par MM. Labbé et Verneuil, c'est-à-dire une incision parallèle au cartilage de la 8e côte, située à 2 centimètres au-dessous de lui. Ce sont : 1° le feuillet antérieur de la gaîne du grand droit de l'abdomen; 2° le faisceau externe de ce muscle; 3° le feuillet postérieur de sa gaîne fort adhérent au muscle transverse dont on reconnaît facilement les fibres à direction transversale; 4° l'aponévrose du transverse unie au péritoine. — Par cette incision, on tombe en général sur la face convexe du foie, près de son bord antérieur qu'il faut relever.

Comme l'estomac est revenu sur lui-même par le fait de l'inanition, et que la partie qui en est accessible se rapproche de la région pylorique, il se présente sous forme d'un canal allongé que l'on pourrait confondre avec l'intestin. Voici les caractères qui permettent de le reconnaître sans hésitation :

1° Attiré dans la plaie, il a une épaisseur de parois, une consistance charnue et musculaire que n'a jamais l'intestin;

2° La surface, d'un blanc rosé, ne présente ni bosselures, ni tractus longitudinaux, comme celle du gros intestin;

3° Les vaisseaux qui l'abordent sont très volumineux, et ils présentent la disposition des vaisseaux gastro-épiploïques, bien différente de celle en arcades des vaisseaux mésentériques.

4° Le doigt qui suit la face antérieure de l'estomac arrive, à droite, à la vésicule biliaire, à gauche, s'enfonce dans l'hypochondre et peut remonter dans la direction du cardia; en haut, rien ne s'interpose entre le foie et le viscère qu'on a saisi; en bas, enfin, on attire facilement le grand épiploon et à sa suite le colon transverse.

M. *Verneuil* est peu partisan de l'opération dans des cas semblables. Elle conduit presque toujours à la mort quand le cancer a déterminé une dysphagie absolue et que le catéthérisme est impossible. Dans le cas contraire, il n'y a pas d'indication suffisante, et la survie, rapportée à l'opération dans les cas favorables, n'est pas supérieure à celle dont aurait joui le patient en dehors de toute intervention.

III. — Sans apporter de faits ni d'arguments nouveaux, Faucon se déclare l'adversaire absolu d'une opération qui ne peut que hâter la terminaison fatale. Il pense que la gastrostomie est contre-indiquée dans tous les cas de cancer de l'œsophage.

IV. — Un homme de 25 ans, dans une tentative de suicide, avale le contenu

d'une fiole d'acide chlorhydrique; quelques jours après, il rend un cylindre de la muqueuse de 12 centimètres de long. Bientôt la dysphagie est totale, l'émaciation extrême (perte de poids de 70 livres en 3 mois), et on constate des signes d'excavation pulmonaire; le catéthérisme devenant impossible, M. Lucas-Championnière pratique la gastrostomie 3 mois après l'accident. Malgré l'absence de complications du côté de la plaie, la toux, l'expectoration, l'oppression augmentent, et le malade meurt le 4e jour. — A l'*autopsie*, on trouve une coarctation de l'œsophage; l'ulcération donnait accès dans une poche située autour de ce conduit et communiquant avec une vaste cavité pleine de pus et de matières alimentaires, siégeant dans le poumon droit et communiquant avec la bronche. La bouche stomacale était placée près du pylore.

Lucas-Championnière trouve que l'incision de M. Labbé est située trop bas, et qu'il vaut mieux se rapprocher du bord du foie, sur la disposition duquel on se règle.

V. — M. Labbé revendique la paternité du procédé généralement mis en usage à Paris dans la gastrostomie, et qu'il a le premier décrit à la suite de l'opération pratiquée par lui sur l'homme à la fourchette. La part qu'il a eue dans la détermination du mode opératoire actuellement employé semble avoir été méconnue, dans son livre, par M. L.-H. Petit, qui l'a attribuée à M. Verneuil.

M. Verneuil ne fait aucune difficulté d'admettre que le procédé opératoire appartient à M. Labbé. Ce qui lui revient à lui, c'est d'avoir appliqué l'opération dans une indication toute différente de celle à laquelle avait obéi le préopinant.

VI. — Telles sont également les conclusions auxquelles se range la Société de chirurgie, sur le rapport de M. Horteloup qui rend compte d'une lettre où M. Petit rétablit les passages indiquant les droits de M. Labbé à la priorité, dans son livre.

VII. — M. Larger (de Maisons-Laffitte) estime que le lieu où l'on fait l'ouverture de l'estomac dans la gastrostomie est mal choisi; il est beaucoup trop rapproché du pylore. Il faut, d'après lui, attirer dans l'incision la région cardiaque de l'estomac et l'y fixer, pour laisser la plus grande partie du viscère à la digestion.

MM. Berger et Lucas-Championnière soutiennent que le conseil donné par M. Larger, bon en théorie, est inapplicable, car les sutures, pour ne pas couper les tissus trop rapidement et pour permettre la formation d'adhérences solides, ne doivent exercer aucun tiraillement sur l'estomac.

VIII. — En rapportant un fait qui lui est personnel, et où la gastrostomie, pratiquée sur un vieillard de 78 ans, pour un cancer infranchissable de la partie inférieure de l'œsophage, fut suivie de mort par le shock traumatique dans les 24 heures qui suivirent l'opération. Le Fort donne une statistique qui dépasse en étendue celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Elle comprend 105 cas de gastrostomie, dont 78, c'est-à-dire 72,4 0/0 furent suivis de mort; la date de la mort est ainsi répartie. Le premier jour, 11 cas; le 2e, 21; le 3e, 10; du 4e au 10e, 20 cas; du 10e au 20e, 11; du 20e au 30e, 3 seulement. Les résultats éloignés, en cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, furent les suivants : 2 opérés succombèrent au bout d'un mois; 1 après 40 jours; 1 au bout de 69 jours; 1 après deux mois et demi; 4 au bout de 4 mois; 2 après 4 mois; 2 après 5 et 6 mois de survie. Des opérés

pour rétrécissement cicatriciel, 5 vivent encore, 4 mois et demi, 8 mois, 20 mois, 2 ans et 3 ans après l'opération : 5 ont succombé ; 2 au bout de 7 mois; 1 après 8 mois; 2, 15 et 18 jours après l'intervention.

IX. — Dans le cours de l'année précédente, 21 cas de rétrécissement de l'œsophage ont été observés à la clinique du professeur Albert; 12 fois la gastrostomie a été pratiquée. Chez 2 malades l'on eut recours à la laparotomie exploratrice sans que les opérés s'en soient ressentis. Dans 2 cas, l'estomac fut ouvert de suite après sa fixation à la paroi abdominale; dans 6 autres, on ne l'ouvrit qu'au bout d'un temps plus ou moins long; 2 fois les malades moururent avant ce dernier temps de l'opération.

Des 10 autres malades, 5 succombèrent à l'opération, 3 par la péritonite, 2 par d'autres lésions viscérales. Parmi les 5 qui survécurent, 4 atteints de cancer moururent au bout de 2 à 4 mois, un seul, atteint de rétrécissement cicatriciel, vit encore.

Albert rejette absolument la sonde à demeure, en cas de cancer: l'œsophagotomie interne, en cas de rétrécissements fibreux. Il pense la gastrostomie de tous points préférable à l'œsophagotomie externe (œsophagotomie). Il adopte l'incision mise généralement en usage en France (Labbé-Verneuil) en la modifiant un peu, suivant que le foie est plus ou moins développé. Il donne la préférence à l'opération en deux temps, et n'ouvre en général l'estomac que quatre ou six jours après l'incision de la paroi. Il pense que l'on peut se dispenser du chloroforme.

X. — C'est la seule survivante de la statistique d'Albert que Marc Sée paraît avoir eue dans son service à la *maison de santé*. Elle avait subi la trachéotomie pratiquée par Schnitzler pour une affection syphilitique des voies aériennes ; chez elle, la gastrostomie fut pratiquée en plusieurs temps et dura près d'un mois. On fit d'abord une incision n'intéressant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi abdominale, la malade étant chloroformée. Après huit jours de repos absolu, on pratiqua trois cautérisations, chaque fois à deux jours d'intervalle, avec le thermo-cautère. Puis, nouveau repos de huit jours, suivi de l'incision de l'estomac au thermo-cautère. L'ouverture de l'estomac dilatée avec de la laminaire reçut une canule spéciale.

Cette malade a repris ses forces et se nourrit bien par sa fistule gastrique. L'œsophage est complètement imperméable.

XI. — Homme de 64 ans, atteint depuis 5 mois d'une dysphagie croissante : depuis un mois, il ne se nourrit plus que de lait; son poids est tombé à 80 livres, l'obstacle, un cancer de l'œsophage, se trouve situé à 11 pouces 1/2 des incisives. L'auteur décide et pratique la gastrostomie avec l'assistance de son père, le professeur S.-D. Gross, et des docteurs Brinton, Hearn, Alis, Nancrede; ils ont recours au procédé usuel de MM. Labbé et Verneuil; incision parallèle au cartilage de la huitième côte; fixation de l'estomac d'abord aux extrémités, puis sur toute la circonférence de cette incision par 8 points de suture seulement; pansement antiseptique. Gross voulut attendre pour ouvrir l'estomac que des adhérences solides se fussent organisées; mais, malgré l'alimentation rectale, l'opéré s'affaiblit rapidement, et mourut 99 heures après l'opération, quelques heures seulement après qu'une ponction eut été faite dans la paroi gastrique et que les aliments eurent été introduits directement dans l'estomac par la sonde. L'examen nécroscopique démontra l'absence de péritonite et la solidité des adhérences qui unissaient l'incision stomacale à la paroi abdominale.

Gross fait suivre cette observation de quelques remarques intéressantes : la plupart des opérés de gastrostomie succombent à l'épuise-

ment et à l'inanition, en l'absence du péritonite, fait relevé déjà dans les observations de Berger, Croly et Le Fort. L'opération de Howse qui consiste à n'ouvrir l'estomac qu'après les adhérences, est donc souvent inapplicable et la nécessité d'alimenter l'opéré doit la faire rejeter.

L'auteur a réuni 137 cas de gastrostomie pour cancer de l'œsophage. De la considération de cette statistique il résulte que l'opération tend à être de moins en moins funeste. De ces 137 opérés, 31 moururent de l'opération (17 de péritonite, 9 de pleurésie, bronchite ou pneumonie, 4 de gangrène de l'estomac, 1 d'urémie), 64 succombèrent à l'épuisement, dont 37 dans les 48 heures qui suivirent l'opération; dans ces derniers cas le shock opératoire ne pourrait donc être complètement absous. Enfin 42 survécurent; de ces 42 survivants, 17 moururent; 3 au bout de 2 mois; 3 après 2 mois et 1/2; 3 après 3 mois; 2 à 4 mois; 1 à 5 mois; 1 à 6; 1 à 7; 2 à 8 mois de l'opération. Un des survivants eut un enfant 1 an et 1/2 après l'opération : il avait été opéré de gastrostomie par par M. W. Witehead de Manchester, pour un cancer de la langue ayant envahi le pharynx et amené une dysphagie totale. Sans disputer ici l'indication opératoire, l'interprétation du fait en lui-même nous paraît tout au moins douteuse.

XII. — La gastrostomie est pratiquée sur un homme de 59 ans atteint de cancer de l'œsophage, l'opération est faite en deux temps ; l'incision de l'estomac 9 jours après celle de la paroi : le point de l'estomac que l'on ouvre, situé près de la grande courbure, est plus rapproché du cardia que du pylore. Mais dès les premières injections alimentaires, le malade se plaint de douleurs atroces, et *se laisse mourir de faim* plutôt que de faire usage de sa bouche stomacale. L'*autopsie* montre que l'on s'était trompé en croyant ouvrir la région cardiaque de l'estomac ; l'incision était très rapprochée du pylore, et les douleurs éprouvées par le malade étaient probablement dues à la distension de cette portion du réservoir gastrique, par les aliments.

Ce cas est le second, avec celui de Tillaux, dans lequel un opéré de gastrostomie, guéri de l'opération, se soit laissé mourir de faim plutôt que de se servir de l'orifice nouveau créé par le chirurgien pour l'alimentation. Le vœu que l'auteur émet sur l'opportunité qu'il y aurait à se rapprocher de la région cardiaque de l'estomac, nous semble, ainsi que nous l'avons dit ailleurs, peu réalisable.

XIII. — Des 3 opérés, l'un succomba 36 heures après l'opération ; le cancer avait ulcéré la bronche gauche : un autre survécut huit mois, le troisième est encore vivant. Un mois après l'opération, ces deux derniers ont éprouvé un mieux notable et ont gagné du poids depuis que l'alimentation par l'estomac est devenue possible. — L'intervention chirurgicale, dans les trois cas, avait été précoce. Knie n'adapte pas d'obturateur à la fistule : il se contente d'y introduire un tuyau en caoutchouc muni d'un robinet. Malgré cela, il n'a jamais vu d'eczéma ni d'écoulement au dehors des aliments se produire.

XIV. — L'opéré mourut le 20e jour après avoir tout d'abord éprouvé quelque amélioration. L'autopsie démontra l'existence de foyers cancéreux métastatiques dans le cœur. — L'opération avait été faite en deux temps et l'estomac n'avait été ouvert que 5 jours après l'incision de la paroi. P. B.

XV. — Femme âgée de 41 ans, atteinte d'un cancer de l'œsophage siégeant au niveau du tiers supérieur de la région cervicale et presque imperméable ;

gastrostomie ; la malade vécut six mois. A l'autopsie, l'œsophage fut trouvé complètement fermé sur une étendue de 3 centimètres par la tumeur non ulcérée (épithélioma). C. G.

XVI. — Homme de soixante-cinq ans, atteint de rétrécissement très serré de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Le 3 décembre, le malade étant anesthésié au moyen du bichlorure de méthylène, Bryant pratiqua sous le spray une incision à la paroi abdominale, dirigée parallèlement à l'arcade des fausses côtes gauches, à un centimètre et demi au-dessous environ ; l'estomac mis à découvert, il le fixa aux lèvres de l'incision par des fils de soie, et pansa la plaie à l'huile térébenthinée, sans ouvrir le viscère. Huit jours plus tard, de solides adhérences étant établies, l'estomac fut ponctionné à l'aide d'un ténotome, et on y injecta une petite quantité de lait qui fut digéré sans accident.

On continua ensuite à nourrir régulièrement le malade par des injections de lait, d'œufs, de peptones, et par des lavements du même genre. Le malade supporta bien les suites de l'opération, et pendant les trois mois qui suivirent l'établissement de la fistule gastrique il reprit des forces et augmenta notablement de poids, mais au bout de ce temps il commença à s'affaiblir de nouveau ; cependant le 2 mai (date de la publication du fait) il était encore dans un état satisfaisant.

XVII. — Femme de 56 ans, rétrécissement infranchissable de l'œsophage au niveau du cartilage cricoïde, et signes rationnels de cancer œsophagien propagé au larynx et au corps thyroïde. Opération en deux temps : d'abord incision abdominale et fixation de l'estomac aux bords de la plaie ; cinq jours après, ouverture de la paroi stomacale et introduction d'un tube de caoutchouc ; le même jour début de l'alimentation artificielle. Pas d'accidents ; douze jours après, la malade est en état de sortir en voiture. Mais un peu plus tard, apparition d'un cornage inspiratoire, aphonie et accès de suffocation. La trachéotomie est pratiquée avec succès, et actuellement près de quatre mois après l'opération initiale, la malade est dans un état aussi satisfaisant que possible.

H. BARTH.

XVIII. — Homme de 54 ans, atteint d'un rétrécissement infranchissable de la partie inférieure de l'œsophage; depuis un mois, seuls les liquides passent.

Opération le 15 décembre 1879. — Anesthésie locale seulement, vu la faiblesse du patient qui ne trouve pas l'opération très douloureuse. Incision de 5 ou 6 centimètres, le long du rebord costal, se terminant en bas au 10e cartilage costal.

L'estomac distendu par un mélange effervescent se présente à l'ouverture, Kocher suture dans la plaie une portion de la grande courbure au moyen de 12 points les uns n'intéressant que le péritoine, les autres plus profonds.

Le surlendemain, il complète l'opération en incisant l'estomac sur une longueur de 1 1/2 centimètre et en introduisant un drain dont on bouche l'orifice, parce que l'alimentation par la bouche est possible avec des aliments fluides.

Malgré divers appareils, on ne parvient pas à empêcher d'une façon durable l'écoulement d'une partie du contenu stomacal au dehors, ce qui irrite la peau et agrandit la fistule qui finit par atteindre les dimensions d'une pièce de 1 franc.

Toutefois, elle se rétrécit rapidement du jour où on eut recours à l'alimentation rectale. Malheureusement celle-ci ne put être continuée parce que le malade maigrissait.

Deux mois après la gastrostomie, Kocher pratiqua pour la première fois le sondage de l'œsophage par la plaie stomacale, l'instrument étant parvenu à 22 centimètres de l'orifice externe de la fistule, on sentit nettement les pul-

sations aortiques qui étaient, d'ailleurs, transmises à l'extrémité libre de la sonde.

L'opéré parvint à manger du pain, mais non de la viande même hachée.

Au bout de 4 mois et demi, cet homme qui avait repris de l'embonpoint quitta l'hôpital. Sa fistule avait 8 millimètres de long sur 5 de large avec deux bourrelets muqueux.

Il vécut encore deux mois, mangeant facilement des bouillies et succomba inopinément à une attaque d'apoplexie.

Des deux autres malades de Kocher, opérés tout à fait de la même façon que le précédent, l'un succomba le même jour, au collapsus sans péritonite dans les 12 heures suivantes, l'autre à une septicémie, le 3e jour. L'infection avait dû procéder d'une gangrène partielle des parois de l'estomac avec décomposition putride de son contenu. Les cavités abdominales et pleurales contenaient un épanchement sanieux. J. B.

XIX. — La première observation concerne un enfant de 8 ans qui, à la suite d'une ingestion de lessive de soude, eut un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Opération un an après l'accident. Précautions antiseptiques minutieuses, anesthésie par la morphine et le chloroforme. Incision de 6 centimètres parallèle au rebord des fausses côtes gauches, à 2 centimètres de ce rebord et à partir de l'appendice xyphoïde; division des parties molles et du muscle droit, hémostase progressive ; incision du péritoine et fixation provisoire de ses lèvres aux lèvres de la plaie cutanée. L'épiploon se présente le premier, on le saisit avec les doigts et on amène le colon ; on réduit le tout et à l'aide de deux grands crochets à résection on essaie de se donner du jour. L'estomac, remonté derrière le diaphragme, n'était pas même accessible au doigt en raison de la petitesse de l'incision ; on le saisit cependant avec des pinces, on l'attire dans la plaie et on le fixe par deux broches passant à travers les parois abdominales. Suture de l'estomac à la plaie avec la soie de Czerny; 16 sutures profondes, comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, 15 sutures intermédiaires plus superficielles.

Lavage de la plaie avec une solution chaude d'acide borique à 3 0/0. Ouverture de l'estomac sur la sonde cannelée avec des ciseaux étroits, dans une étendue de 3 à 4 centimètres parallèlement à la plaie ; une artère dut être liée au coatgut. Lavage de l'estomac à la solution borique. Drainage avec un tube de la grosseur du doigt; pansement à la vaseline borique et à l'ouate salicylée.

Collapsus profond après l'opération ; réchauffement artificiel du malade ; injections sous-cutanées d'éther, lavements nutritifs, etc. (Temp. 35°, pouls 52, respiration 29). — Dès le lendemain, on commence à alimenter le malade par l'estomac (lait, eau albumineuse, bouillons, vins, etc.). La température ne dépassa pas 38°,7 ; le 6e jour, elle était normale et on commença à enlever les sutures; le 8e, l'occlusion était parfaite autour du drain qu'on put boucher pour la première fois. — A partir de ce moment on introduisit dans la fistule les aliments préalablement mâchés par le malade.

Mais, au bout d'un mois, le malade recommence à maigrir ; on lui donne un tube de Trendelenburg (œsophage artificiel) et il reprend, puis il quitte l'hôpital guéri en apparence. — Il mourut de phtisie huit mois après l'opération. Son autopsie fit voir un rétrécissement du tiers inférieur de l'œsophage dont la paroi avait 1 centimètre d'épaisseur, et une tuberculose pulmonaire avancée ; la fistule gastrique était située à 7 centimètres du pylore.

Le second cas concerne un homme de 52 ans, porteur depuis un an d'un cancer de l'œsophage avec paralysie des cordes vocales, fistule trachéo-œsophagienne et accidents redoutables de suffocation. Comme il était encore robuste et que le passage d'une sonde était impossible par l'œsophage. Rupprecht, malgré l'existence d'une pleurésie gauche, lui fit la gastrostomie,

9 septembre 1881. — Opération comme dans le cas précédent, mais toutefois sans fixer l'estomac avec des broches, 12 sutures profondes et 13 superficielles. L'opération fut faite en deux temps, car l'incision de l'estomac ne fut pratiquée que le soir, lorsque le malade demanda à manger; elle fut faite sans chloroforme et ne donna que quelques gouttes de sang; on introduisit un tube à drainage par lequel on fit passer 200 grammes de bouillon et 300 grammes de vin de Porto. Pansement à l'ouate. — Lait dans la nuit. Mort quelques instants après. — L'autopsie fit voir une pleurésie purulente enkystée à gauche, dont la cavité communiquait avec la bronche gauche. Pas trace de péritonite.

Le dernier cas concerne un homme de 31 ans, présentant tous les signes d'un rétrécissement du pylore avec une tumeur mobile du volume du poing, immédiatement au-dessus de l'ombilic. On diagnostique un cancer du pylore. Laparotomie transversale exploratrice, d'un rebord costal à l'autre. Le péritoine divisé, on trouva un énorme cancer du pylore adhérent au côlon transverse et probablement au pancréas; la paroi de l'estomac était déjà malade. Devant l'étendue des désordres qui eussent nécessité une extirpation complète, Rupprecht préféra s'abstenir; il referma la plaie à l'aide 15 sutures métalliques et appliqua un pansement antiseptique. — 12 jours après la plaie était cicatrisée. Le malade mourut de faim 22 jours après l'opération.

XX. — Jeune fille chlorotique, atteinte de scoliose, qui, depuis deux ans, souffrait d'une grave affection de l'estomac. On constatait à l'exploration l'existence d'une tumeur mobile, du volume du poing environ, dans le côté gauche de l'abdomen; elle était résistante, douloureuse spontanément et à la pression et avait la forme d'un rein. On la trouvait tantôt derrière les côtes gauches, tantôt au-dessous de l'ombilic. Le diagnostic ne pouvait être précisé; on hésitait entre une tumeur de la rate ou de l'épiploon et un rein mobile; la forme de la tumeur plaidait pour cette dernière hypothèse, mais par contre, les plus fortes douleurs avaient lieu la nuit et dans le repos. Ces douleurs, des vomissements répétés et l'affaiblissement qui en fut la conséquence poussèrent le chirurgien à intervenir. A peine l'abdomen fut-il ouvert que l'on s'aperçut que la tumeur siégeait dans l'intérieur de l'estomac; la paroi intérieure de ce viscère fut incisée transversalement et on retira le corps du délit. Les parois de l'estomac et de l'abdomen, réunies par la suture, guérirent par première intention.

La tumeur, noirâtre à sa surface, avait complètement la forme d'un rein; incisée longitudinalement, elle se montra composée en majeure partie de poils courts qui formaient un feutrage plus dense à la périphérie qu'au centre. Dans l'intervalle de ces poils, l'examen microscopique montrait des granulations calcaires, quelques détritus ramollis et des sarcines. Soumise à un nouvel interrogatoire, la patiente raconta alors qu'il lui arrivait souvent, comme à un grand nombre de ses camarades d'école, de couper avec les dents et d'avaler l'extrémité de ses tresses pour se rendre la voix claire. Ces cheveux, s'ajoutant peu à peu à la tumeur dans l'estomac, en ont graduellement accru le volume; puis la tumeur a pris la forme de l'estomac et les poils ont perdu leur couleur blonde primitive pour se foncer, sans doute sous l'influence du fer que la malade absorbait en notable quantité.

Schönborn a recueilli dans la littérature médicale sept autres cas et, dans l'un d'eux, la tumeur de l'estomac était accompagnée de deux autres tumeurs pileuses dans l'intestin; tous ces cas se sont terminés par la mort, soit par péritonite, soit par suite de vomissements incoercibles, soit (une fois) par hémorragie de l'estomac. Tous ces patients (6 femmes et 1 enfant) avaient avalé leurs cheveux avec leur longueur naturelle, après les avoir simplement enroulés. Contrairement à l'opinion de Cloquet aucun d'eux n'était aliéné.

Discussion : *Küster* dit à ce sujet que, sous le chloroforme, il est toujours possible de reconnaître à la palpation la situation normale du rein.

*Schönborn* doute que chez un sujet scoliotique comme l'était sa malade, cela soit possible. DE SANTI.

XXI. — Un homme robuste de 37 ans avale par mégarde un clou. Cinq jours plus tard Kocher le sonde avec un panier de Graefe muni d'une rallonge en caoutchouc durci. Celle-ci s'étant brisée, toute la portion inférieure de l'instrument, longue de 28 centimètres, reste dans l'estomac. La gastrotomie étant devenue indispensable, K... pratique une incision oblique, à 2 centimètres du rebord costal. Après avoir fixé l'estomac dans la plaie, il l'ouvre sur une longueur de 3 centimètres, à mi-distance entre les deux courbures. L'hémorragie, assez forte, nécessite une dizaine de ligatures. L'instrument, qui s'était replié dans la grande courbure de l'estomac, en est extrait. Le clou ne s'y trouve pas.

Sutures de l'estomac, du péritoine pariétal et de la plaie tégumentaire.

Le maximum de température est de 38°,4, le quatrième soir après l'opération.

Le quinzième jour seulement, on commence à alimenter l'opéré par la bouche, au moyen de quelques cuillerées de consommé.

La guérison est rapide et l'homme ne tarde pas à reprendre ses travaux des champs. J. B.

XXII. — Il ne s'agit point ici d'une gastrotomie pour extraction de corps étranger, mais bien de l'issue en quelque sorte spontanée de ce dernier par un abcès de la paroi abdominale.

Un homme de 30 ans avale par mégarde un pinceau de charpie muni d'une longue tige de bois, avec lequel il se badigeonnait le pharynx. Au bout de six semaines, un abcès se forme au-dessous de l'appendice xyphoïde du sternum ; l'auteur l'incise et constate l'existence du corps étranger, qu'il n'ose retirer aussitôt. Le lendemain, M. Gérard parvient à faire saillir 10 centimètres du bâtonnet de bois hors ds la plaie, et, ne pouvant attirer le reste, il l'abandonne après avoir coupé pour l'enlever la portion qu'il est parvenu à saisir. Il administre de l'huile de ricin, et le lendemain l'on retrouve dans les selles le morceau de bois de 11 centimètres laissé dans l'estomac. L'orifice qui résultait de l'ouverture de l'abcès guérit en quatorze jours sous un pansement simple.

Ce fait mérite d'être reproduit en raison de sa marche insolite et de sa terminaison inespérée, mais nous ne saurions recommander une conduite analogue dans un cas de cette nature. P. B.

**I. — Ulcère latent de l'œsophage perforant le cœur; drainage du péricarde; mort, par ROSE** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, *n°* 53, *p.* 826, 31 *décembre* 1883).

**II.— Case of stricture of the œsophagus in which œsophagostomy was performed, par HOLMES** (*Med. Times and Gazette, II, p.* 117, 1882).

**III. — Opérations sur le pharynx et l'œsophage, par von BERGMANN** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, *n°* 44, *p.* 684, 29 *octobre* 1883).

I. — Garçon de 13 ans, entré à l'hôpital presque agonisant, au milieu d'une cyanose extrême et d'un pouls ne battant que 52.

Depuis 3 semaines il éprouvait des points de côté. Au moment de son admission il n'a pas de fièvre et présente un peu d'épanchement dans les deux plèvres. Mais la cyanose ne s'explique que par la coexistence d'un épanchement péricardique attesté par une augmentation considérable de la matité cardiaque.

Rose pratique immédiatement une ponction de péricarde qui donne issue à 287 grammes de sérosité claire. Le moribond renaît à la vie et son pouls reprend de la force.

Malheureusement dès le lendemain soir une nouvelle ponction est nécessaire. Le mieux n'est toujours que passager et le surlendemain de la 2e opération Rose pratique, sur la demande expresse du malade une 3e ponction qui fait sortir 500 grammes d'un fluide purulent, épais. Après un jour d'amélioration, 4e ponction amenant l'évacuation de 620 grammes d'un liquide extrêmement fétide et contenant des bulles d'air, malgré que le pansement antiseptique ait été des plus rigoureux.

Rose se décida alors à drainer le sac péricardique afin d'y faire des lotions désinfectantes.

Le 9e jour après l'entrée, les épanchements pleuraux avaient manifestement diminué; le 13e et le 14e jour, le malade resta 36 heures sans fièvre; mais 3 jours plus tard il succombait à un hydrothorax droit et à l'épuisement.

L'échec du traitement antiseptique fut expliqué par l'autopsie qui révéla la présence d'un ulcère dans l'œsophage.

Cet ulcère s'était ouvert dans le médiastin et avait envoyé une fusée purulente dans le péricarde. Enfin l'abcès avait ulcéré l'oreillette droite et déterminé dans sa paroi deux orifices gros comme des pois. Ces orifices étaient fermés en dedans par un thrombus existant, ce qui rend compte de l'absence de toute trace de sang dans l'épanchement péricardique.

II. — Chez un homme de 50 ans atteint d'un rétrécissement cancéreux infranchissable du commencement de l'œsophage, Holmes pratiqua, de préférence à la taille stomacale, l'œsophagostomie, c'est-à-dire une opération ayant pour but de créer au-dessous du rétrécissement une large fistule œsophagienne permettant l'alimentation.

Incision cutanée longeant le bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche et étendue de l'articulation sterno-claviculaire à la grande corne de l'os hyoïde. L'aponévrose divisée, on rejette en dehors le sterno-mastoïdien et le paquet vasculo-nerveux-carotidien. On attire en dedans les sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, mais pour avoir plus de jour on est obligé ensuite de les diviser. La trachée étant ainsi largement mise à découvert, on cherche avec le doigt et la sonde cannelée à en isoler l'œsophage, mais sans pouvoir y réussir entièrement (le néoplasme englobait le larynx et l'œsophage). On est d'ailleurs très gêné par le volume de la glande thyroïde, attteinte elle-même de dégénérescence. On est réduit à ouvrir l'œsophage tout en le laissant *in situ*. On l'incise le long du bord trachéal et deux points de suture métallique fixent les lèvres de cette incision à la peau. Cette suture ne peut être faite qu'au prix de tractions énergiques qui menaçaient de déchirer la paroi œsophagienne. On met à demeure une canule en gomme munie d'un large pavillon.

Le jour et le lendemain le malade se trouvait bien, ne souffrait pas et était alimenté toutes les trois heures avec une sonde œsophagienne introduite à travers la canule. Il calmait sa soif en suçant de petits morceaux de glace. Le second jour il tombait dans un état de somnolence qui persista jusqu'à la mort survenue le troisième jour.

*Autopsie.* — Le néoplasme de nature épithéliale occupe l'œsophage et la glande thyroïde, il adhère intimement à la moitié gauche du thyroïde et à la grande corne de l'os hyoïde. L'incision œsophagienne a été faite à 2 centimètres environ au-dessous du corps thyroïde. Le nerf récurrent gauche n'a pas été lésé. La plaie est en bon état et semble en voie de réunion.

La véritable difficulté a résidé chez cet opéré, dans l'impossibilité de libérer et d'attirer l'œsophage. La même difficulté a été rencontrée par Reeves (*the Lancet*, 15 juillet 1882).

V. CAMPENON.

III. — 1° *De l'opération de Langenbeck pour les tumeurs de la cavité pharyngo-laryngée.*

L'incision commencée à l'angle de la bouche se dirige obliquement vers le bord alvéolaire du maxillaire inférieur qu'elle atteint à l'endroit où le masséter s'y insère. De là elle se continue sur les régions sous-maxillaire et hyoïdienne jusqu'au bord interne du sterno-mastoïdien. Au niveau de la commissure labiale, on sectionne d'un coup toute l'épaisseur de la joue et l'on met de même à nu l'arcade dentaire. Sur le cou, on se borne d'abord à une incision superficielle ; puis on coupe l'aponévrose qui recouvre la glande sous-maxillaire. On enlève cette glande avec les ganglions qui l'entourent. On lie l'artère linguale à l'endroit où elle est croisée par le ventre postérieur du digastrique et placée au-dessous du cordon de l'hypoglosse. Puis on scie le maxillaire dans la même direction oblique que l'incision et l'on écarte les deux moitiés de la mâchoire. Pour empêcher le sang de couler dans le larynx, on attire l'épiglotte avec une érigne ou une pince à griffes.

L'incision de Langenbeck donne beaucoup plus d'espace à l'opérateur que la pharyngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne ou l'incision de Gussenbauer, pratiquée un peu au-dessous du ventre postérieur du digastrique.

On lui reproche en revanche de faire une plaie trop vaste et de donner lieu à des pneumonies par aspiration ou déglutition des liquides, à des phlegmons et a des ostéomyélites du maxillaire.

Mais pour empêcher la pénétration du sang dans les voies aériennes, il suffit, après avoir scié l'os, de couper la muqueuse entre le palato-glosse et le ligament glosso-épiglottique ou de tamponner la trachée.

Dans le traitement consécutif, l'important est d'amener l'écoulement facile des secrétions de la plaie et de la cavité buccale. Un moyen plus sûr que le drainage consiste, une fois les ligaments glosso-épiglottiques sectionnés, à suturer les lèvres de la plaie de la muqueuse dans l'angle inférieur de la plaie cutanée : on obtient ainsi un plan incliné, glissant.

Contre les phlegmons, on dispose des tampons d'iodoforme ou peut-être mieux encore de benzoate de soude qui compriment les bords de la plaie. Quant à la sonde œsophagienne, elle ne doit séjourner dans le canal qu'au moment des repas.

En prolongeant la même incision en bas, on peut enlever les fibromes et fibro-sarcomes pédiculés de la partie inférieure du pharynx.

2° *Résection de l'œsophage cancéreux.*

Chez un homme de 58 ans, von Bergmann a rencontré dans cette opération une grande difficulté tenant à la présence d'un paquet ganglionnaire intimement adhérent au confluent de la jugulaire interne et de la sous-clavière ; les ganglions s'étendaient en arrière vers la colonne et en bas au-dessous de la clavicule.

Le nerf récurrent ayant été lésé, il en résulta une dyspnée inspiratoire qui nécessita la trachéotomie.

En outre, comme il fallut remonter jusque dans la cavité pharyngée, il fut impossible de suturer la muqueuse de l'extrémité supérieure de l'œsophage avec la peau.

L'opéré succomba le 5e jour à un phlegmon du cou et du médiastin antérieur.

3° *Œsophagotomie externe pour rétrécissement.*

Femme atteinte depuis 5 ans d'un rétrécissement consécutif à l'ingestion

d'acide oxalique. Depuis 2 ans, aucune sonde ne pouvait le franchir et l'alimentation était exclusivement liquide.

Le rétrécissement commençait en arrière du cricoïde et se composait de tissu cicatriciel rétractile avec culs-de-sac et valvules; dans le fond d'un des culs-de-sac se trouvait l'unique pertuis très étroit qui conduisait dans l'œsophage. Bergmann y introduisit une sonde cannelée et avec un bistouri boutonné incisa le tissu circatriciel. Après cette opération, il pratiqua à l'angle inférieur de la plaie une fistule labiée provisoire qu'il put fermer au bout de 3 semaines, en continuant bien entendu la dilatation. A l'heure actuelle la femme s'introduit elle-même sans difficulté les plus grosses sondes.

4° *Gastrostomie pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage.*

L'opéré de von Bergmann est un homme chez qui le rétrécissement consécutif à l'ingestion d'un alcali siégeait à 43 centimètres en arrière des incisives.

Dans l'impossibilité de le cathétériser par la voie naturelle, von Bergmann se décida à pratiquer une fistule gastrique pour aller à la recherche du rétrécissement de bas en haut.

L'opération fut faite en une seule séance. Incision parallèle à l'arc costal inférieur. Après avoir suturé l'estomac des parois abdominales, von Bergmann l'ouvrit sur une longueur de 7 centimètres, introduisit dedans une grosse éponge et réunit la muqueuse à la peau par une soixantaine de points de suture.

La guérison se fit par première intention.

Mais l'estomac laissait ressortir au fur et à mesure tous les aliments qu'on y mettait. Après plusieurs essais von Bergmann imagina un appareil en caoutchouc en forme de sablier, dont l'un des globes fut placé dans l'estomac tandis que l'autre était au-devant de la plaie fixé par des liens. Dès lors l'alimentation devint possible.

L'opéré garda 3 mois sa fistule avant que von Bergmann put atteindre le cardia.

Avec le doigt on reconnaissait au niveau de la paroi postérieure de l'estomac, la présence de la sonde introduite par la bouche, mais une grande épaisseur de parties molles séparait l'instrument de la cavité de l'estomac.

Après diverses autres tentatives, Bergmann se décida à presser la sonde pharyngienne avec violence pour produire une perforation par laquelle il glissa un morceau d'éponge préparée. Il put ainsi dilater le rétrécissement. Au bout d'un mois les sondes les plus volumineuses passaient sans difficulté et dès lors la guérison s'est maintenue. J. B.

**I. — De la résection du pylore dans les lésions organiques de l'estomac, par R.-E. MURIE** (*Thèse, Paris*, 1883).

**II. — Ueber einen Fall von günstig verlaufener Pylorusresektion, nebst Bemerkungen über ein gastroskopisches Symptom des Magencarcinoms (Résection du pylore, guérison; observation avec remarques sur l'examen gastroscopique en cas de cancer), par MIKULICZ** (*Verhandl. d. deutsch. Gesellsch, f. Chirurgie, XII° Kongress*, 1883).

**III. — Ueber Magenresektion (Résection de l'estomac), par R.-V. KROENLEIN** (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte*, *n°* 14, *p.* 466, 15 *juillet* 1882).

**IV. — Ueber die chirurgischen Operationen am Magen (Résultats d'une résection de l'estomac pour cancer du pylore et de deux gastrostomies), par H. TILLMANNS** (*Berl. klin. Wochenschr.*, *n°* 34, *p.* 531, 21 *avril* 1882).

**V. — Ueber Resektion des carcinomatös erkrankten Pylorus, par Eug. HAHN** (*Ibid.*, *n°* 37, *p.* 561, 11 *septembre* 1882).

**VI. — Demonstration eines resektrten Pylorus, par LAUENSTEIN** (*Ibid.*, *n°* 26, *p.* 407, 26 *juin* 1882).

**VII — Discussion au XI^e congrès de la Société allemande de chirurgie** (*Ibid.*, *n°* 29, *p.* 455, 17 *juillet* 1882).

**VIII. — Mittheilung über einen geheilten Fall von Magenresektion (Deux cas de résection de l'estomac pour cancer dont un suivi de guérison), par SOCIN** (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte*, *n°* 23, *p.* 584, 1^er *décembre* 1883).

**IX. — Carcinoma Ventriculi, Resektion Pylori, Heilung ohne Complicationen (Trois cas de résection du pylore pour cancer, une guérison. — Un cas de gastro-entérostomie), par Theodor KOCHER** (*Ibid.*, *n°* 23, *p.* 565, 1^er *décembre* 1883).

**X. — Ein neuer Fall von geheilter Magenresektion aus der Billroth'schen Klinik (Nouveaux cas de résection de l'estomac), par V. von HACKER** (*Wiener med. Wochenschr.*, *n°* 41, 1883, *et Centralbl. f. Chirurgie*, *p.* 852, 1883).

**XI. — Zur Methodik der Magen-und Darmnaht (Technique des sutures gastrique et intestinale), par Theodor KOCHER** (*Centralbl. f. Chirurgie*, *n°* 45, *p.* 713, 1883).

**XII. — Beiträge zur Chirurgie des Magens (Opérations sur l'estomac, par F. MAURER** (*Arch. f. klin. Chirurgie*, *XXX*, *p.* 1, 1884).

**XIII. — Gastro-Enterostomie, par Anton WOELFLER** (*Centralblatt f. Chirurgie*, *n°* 45, *p.* 705, 1881).

**XIV. — Ein Fall von Gastro-Enterostomie, par F. FISCHER** (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, *t. XVII*, *p.* 573, 1882).

**XV. — Gastro-Enterostomie nach Woelfler bei inoperablen Pyloruscarcinom, Tod (Gastro-entérostomie par la méthode de Woelfler en cas de rétrécissement cancéreux inopérable du pylore), par L.-G. COURVOISIER** (*Centralbl. f. Chirurgie*, *n°* 49, *p.* 794, 1883).

**XVI. — Ein Fall von Gastro-Enterostomie (Cas de gastro-entérostomie), par RYDYGIER** (*Centralbl. f. Chirurgie*, *n°* 16, *p.* 241, 1883).

I. — Cette thèse présente un intérêt réel en raison des nombreux faits qu'elle renferme: 33 observations plus ou moins complètes, y sont résumées ou reproduites; voici les noms des chirurgiens auxquels elles sont dues: Péan; Rydygier, 2 cas; Billroth, 6 cas : Nicolaysen; Bardenheuer, 3 cas ; Wölfler; Berns ; Jurié; Fort ; Tillmanns; Krönlein ; Czerny; Ledderhose ; Kitajewsky ; Weinlechner ; Gussenbauer ; von Langenbeck; Hahn; Lauenstein ; Von Kleef; Molitor, 2 cas; Richter; Köhler et Mikulicz. — On trouvera à la fin de chaque observation l'indication bibliographique qui s'y rapporte.

Ces 33 faits donnent 26 cas de mort pour 7 succès dont 2 même sont relatifs à des malades qui avaient un rétrécissement du pylore causé par la rétraction cicatricielle d'un ulcère rond. Dans les 5 autres cas, la guérison a pu être constatée au bout d'un an, 7 mois, 6 mois, 5 semaines et 4 semaines. Parmi les cas où la terminaison fatale est survenue, deux ont trait à des malades qui, remises des suites de l'opération, ont succombé au bout de 12 et de 4 mois à la récidive du cancer.

Des 24 autres cas malheureux, 12 se sont terminés par la mort dans les 12 heures qui ont suivi la résection du pylore ; 2 autres dans

les 12 heures suivantes; 2 autres de 24 à 48 heures après l'opération; 2 autres, le 3e; 1, le 5e; 1, le 7e; et 3, le 8e jour. Dans un cas, l'époque de la mort n'est pas indiquée.

La cause de la mort, accusée par les observations, a été 12 fois le collapsus; 3 fois l'inanition; 2 fois une perforation faisant communiquer l'estomac avec le péritoine; les autres causes mentionnées chacune par un cas sont; la péritonite localisée, la gangrène du côlon, le shock; enfin, dans un cas, une hémorragie gastrique.

Ces chiffres qui indiquent la grande mortalité qui incombe à l'opération elle-même (78, 2 0/0) et la faible proportion des succès où la récidive n'a pas été observée (21, 2 0/0 et 15, 15 seulement si l'on ne tient compte que des cancers) et cela au bout d'un temps fort court, ne sont pas faits pour encourager les chirurgiens à l'intervention active contre les cancers du pylore. Quoique la résection de ce viscère ne paraisse pas devoir passer de la pratique des chirurgiens d'outre-Rhin dans la nôtre, nous regrettons que l'auteur n'ait pas consacré un chapitre complet à l'étude des méthodes et des procédés opératoires. PAUL BERGER.

II. — Le 22 février 1883, Mikulicz a fait avec succès une résection du pylore chez une paysanne de 35 ans.

Il s'agissait d'une femme assez bien constituée qui, depuis 5 mois, éprouvait des vomissements, des douleurs d'estomac et de l'anorexie. On constatait l'existence dans la région pylorique d'une tumeur dure, assez mobile, de la grosseur d'une orange. L'examen gastroscopique put être fait du premier coup sans difficulté (pas de morphine). Précautions comme pour la laparotomie, pas de spray pendant l'opération. Incision transversale au niveau de la tumeur. Le pylore cancéreux put être amené au dehors sans difficulté; pas d'adhérences. Ligature et division par petites portions du grand et du petit épiploon. Après l'isolement de la partie malade de l'estomac, on passa au-dessous d'elle un carré de gaze iodoformée, pliée en huit doubles et préalablement trempée dans une solution phéniquée à 5 0/0, puis bien exprimée; les côtés droit et gauche de ce carré, fendus à la façon d'une bande à quatre chefs, furent passés d'une part autour de l'estomac, d'autre part autour du duodénum et légèrement noués. De la sorte, l'opérateur réalisait un isolement presque absolu de la portion à réséquer de l'estomac et de la cavité péritonéale; si pendant l'opération, il venait à s'échapper un peu du contenu de l'estomac ou de l'intestin, ce liquide devait être absorbé par la gaze iodoformée sous-jacente. Pour faire l'occlusion de l'estomac et du duodénum, Mikulicz se servit des compresseurs de Wehr dont il a retiré un excellent service et qu'il préconise en conséquence toutes les fois qu'on aura à faire une résection de l'estomac ou de l'intestin, pour l'obturation de la lumière du canal. Toutefois ces compresseurs doivent être abandonnés quand il s'agit de fixer les parties divisées, parce que, dans les fortes tractions, l'estomac glisse facilement entre leurs mors.

Pour le reste de l'opération, Mikulicz a suivi la méthode de Billroth : excision de la tumeur en quatre temps; suture occlusive sur la petite courbure, insertion du duodénum à la grande courbure. Double suture de Czerny à la soie désinfectée (bouillie dans une solution phéniquée à 5 0/0). Environ 50 sutures en tout. Pas de drainage. Réunion de la plaie abdominale par des sutures de platine et de soie. Durée de l'opération, 2 heures 1/2. Le fragment réséqué, infiltré de cancer colloïde, a 8 centimètres de longueur.

Aucun accident dans les deux premiers jours. Dans la 2e nuit et durant les 3e, 4e et 5e jours, vomissements répétés de liquides muqueux sans mélange de bile. On constatait à travers les parois abdominales une dilatation très considérable de l'estomac; cet organe descendait jusqu'à 4 travers de doigt au-

dessous de l'ombilic, était très distendu et presque uniquement rempli de liquide. Pas de péritonite. Il s'agissait là, sans aucun doute, d'une occlusion temporaire du duodénum ou du nouveau pylore; Mikulicz n'a pu se rendre compte si c'était par suite d'une flexion du duodénum, d'un gonflement inflammatoire du pylore ou de tout autre cause. Le 6e jour, ces phénomènes disparaissaient presque subitement et la guérison se produisait sans autre accident. Au 7e jour, la malade prenait déjà des aliments solides. — La plaie abdominale était entièrement réunie par première intention. La patiente quittait la clinique au bout de 4 semaines, en très bon état.

L'expérience de Mikulicz, au point de vue de l'exploration gastroscopique, se base sur le diagnostic de 10 ou 12 cas de cancer de l'estomac, qu'il a fait soit à Vienne, soit à Cracovie. Il a remarqué d'abord que, même dans les cas graves, cette exploration se fait sans difficultés spéciales et en général sans morphine. Les altérations que fait constater le gastroscope sont principalement les suivantes : Tandis que le pylore normal se présente au gastroscope comme une fente triangulaire, ovale ou circulaire, entourée d'une couronne de plis et de saillies qui se meuvent constamment, ces mouvements manquent ou existent à peine dans le pylore cancéreux. On voit autour du pylore des parois raides et peu mobiles sur lesquelles les plis et les saillies n'existent plus ou sont à peine indiqués. Dans quelques cas, Mikulicz a aussi observé un changement de coloration de la muqueuse qui est tantôt plus pâle, comme anémique, tantôt rouge sombre, cyanosée, avec les veines sous-musculaires fortement dilatées.

A l'occasion de cette communication, *L. Gutsch* (de Karlsruhe) communique deux cas de résection de l'estomac pour des cancers du pylore, opérations faites par *Molitor* sous l'antisepsie. — La première opération, chez une femme de 28 ans, fut suivie de succès, mais 9 mois après, on constata une récidive dans le rectum; l'opérée succomba 11 mois et demi après la résection du pylore. — La seconde opération, chez une femme de 44 ans, fut très difficile en raison du volume de la tumeur et de ses adhérences avec le côlon transverse, qui fut réduit après avoir été disséqué dans une étendue de 15 centimètres. Mort de péritonite par suite de gangrène du côlon au 3e jour. Dans un cas de ce genre, Gutsch et Molitor conseillent de réséquer le côlon avec le pylore. DE SANTI.

III. — Femme de 54 ans, opérée sur sa demande le 4 juin 1881. Tumeur située sur la ligne médiane très mobile en tous sens, sauf en bas. Foie lisse, non douloureux à la pression, ni augmenté de volume.

Incision de 12 centimètres en travers de l'abdomen. Malgré la mobilité de la tumeur, celle-ci adhère si intimement au duodénum et au petit épiploon notamment, que Krœnlein se demanda s'il pourrait achever l'opération qui dure 3 heures.

Mort par collapsus au bout de 24 heures. A l'autopsie, cancer des ganglions rétro-péritonéaux, du foie et du ligament hépato-duodénal.

IV. — Tillmanns a pratiqué 3 opérations sur l'estomac, toutes terminées par la mort.

Deux fois il a fait une gastrostomie pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage. L'un des opérés, un garçon de 4 ans, avait avalé de l'acide sulfurique; l'autre, une femme de 52 ans, avait un cancer de l'œsophage. L'un et l'autre ont succombé au collapsus, sans péritonite, la femme le lendemain de l'opération, l'enfant le 4e jour, avec complication de pneumonie par pénétration des liquides déglutis.

Quant à la 3e opération, une résection de l'estomac pour cancer de pylore, l'opéré, un homme de 63 ans, est mort au bout de 3 heures dans le collapsus. L'opération avait été très laborieuse, vu les nombreuses adhérences antérieures de la tumeur.

V. — Femme de 63 ans, opérée le 20 mai 1882. Incision cutanée transversale de 14 centimètres de long immédiatement au-dessous de l'ombilic.

Résection d'une tumeur mesurant 11 centimètres du côté de la grande, et 6, du côté de la petite, courbure. Application sur l'estomac de 40 points de suture à la soie phéniquée (18 d'occlusion et 22 circulaires, méthode de Lembert). Les 4 premiers points furent, suivant le conseil de Wölfler, placés à la face postérieure et noués sur la muqueuse, ce qui facilite beaucoup l'application des derniers points.

Pendant les premiers jours, tout alla bien. Le 7e jour, apparition des vomissements fécaloïdes et mort subite le 8e au matin, précédée de symptômes de péritonite par perforation.

Autopsie : En ouvrant l'abdomen, issue de gaz brûlant avec une flamme bleuâtre. Epanchement fécal dans la cavité péritonéale. Côlon contenant beaucoup de matières. Sutures gastriques relâchées.

Hahn pense que les matières fécales du côlon ont remonté dans l'estomac et nui aux sutures. Dans un autre cas, l'incision exploratrice ayant montré des adhérences trop considérables de la tumeur, Hahn établit une large fistule gastrique et fit passer une sonde œsophagienne à travers le pylore rétréci. La malade, alimentée au moyen d'injections duodénales, put vivre plusieurs semaines.

VI. — Au onzième congrès de la Société allemande de chirurgie, Lauenstein a présenté un pylore réséqué. La mort est survenue 8 jours après l'opération, par suite d'une gangrène du côlon transverse occasionnée par le décollement de vieilles adhérences reliant la paroi postérieure de l'estomac et le mésocôlon.

Ce fait vient à l'appui des expériences de Litten sur l'oblitération de la mésentérique supérieure (*R. S. M.*, VI, 469) et de Madelung sur l'intestin détaché de son mésentère.

Lauenstein ne connaît que deux faits cliniques semblant, à première vue, contraires à ces expériences. Ce sont ceux d'Olshausen (*Maladies des ovaires*) et de Moricke (*Zeitschrift f. Geb. und Gynaek.*) ; mais la contradiction n'est qu'apparente, car une circulation collatérale avait eu le temps de s'établir pendant le développement des tumeurs.

*Langenbeck* a pratiqué une résection très considérable de l'estomac et de l'intestin, en même temps qu'il se voyait obligé d'extirper le pancréas. La femme est morte de collapsus pendant l'opération.

*Gussenbauer* a réséqué un pylore cancéreux. La mort, due à l'inanition, a eu lieu 16 heures après l'opération.

*Richter*, considérant que les 20 résections d'estomac effectuées jusqu'ici n'ont donné que 3 guérisons, estime qu'il faut réserver cette opération aux rétrécissements cancéreux et faire une fistule gastro-duodénale pour les rétrécissements cicatriciels.

*Rydygier* réplique que la gastro-duodénostomie n'est pas moins dangereuse que la résection du pylore, car les 3 opérations de ce genre connues ont été mortelles.

*Billroth* est étonné du grand nombre de résections du pylore pratiquées en si peu de temps, car d'après son expérience, très peu de cas sont

propres à cette opération. Les difficultés diagnostiques touchant le siège de la tumeur et surtout la nature de ses adhérences sont telles qu'il faudrait toujours faire une incision exploratrice avant de s'engager plus avant. Si cette incision révèle des conditions opératoires trop défavorables, on doit se résigner à refermer la plaie, ce que Billroth a fait 20 fois sans accident. Si l'opération est déjà commencée, il faut à tout prix éviter l'incision du pancréas dont le suc attaque les tissus au contact desquels il se trouve.

Quant au contenu de l'estomac et de l'intestin, il n'a aucune influence sur les sutures qui ne se déchirent qu'autant qu'elles sont mal appliquées.

L'application de ces sutures offre d'ailleurs souvent de grandes difficultés. On a d'abord à redouter de faire trop étroit le nouveau calibre ; puis, comme dans l'entérorraphie, on doit s'efforcer d'obtenir le contact le plus intime possible des lèvres de la muqueuse, afin d'éviter l'issue de matières dans la plaie. Mais pour cela, il faudrait un matériel de suture qui se conserve bien, et le catgut est complètement impropre à cette destination, à cause de sa trop prompte résorption.

D'une façon générale, la résection du pylore n'est pas plus dangereuse que l'entérorraphie. Quant aux résultats opératoires, le rétrécissement simple du pylore avec dilatation de l'estomac offre des chances bien meilleures que le cancer et c'est lui qui, à l'avenir, constituera la principale indication de l'observation.

VIII. — Des 34 opérations de résection de l'estomac, connues au moment de la publication de Socin, 9 ont eu une terminaison heureuse, sur lesquelles 7 avaient été pratiquées pour un cancer, et 2 pour un ulcère. 16 fois sur 25, le collapsus a été cause de la mort.

1er *cas*. — Femme de 43 ans, opérée le 15 juillet 1883, suivant le procédé de Billroth et Wölfler. Incision transversale de 15 centimètres à droite, et un peu au-dessus de l'ombilic, nécessitant six ligatures. Quatorze ligatures doubles sont faites pour isoler le ligament gastro-colique de la grande courbure. Deux ganglions dégénérés du grand épiploon sont énucléés. Isolement du petit épiploon de la petite courbure, au moyen de neuf ligatures doubles.

La tumeur adhérait intimement à la tête du pancréas et en fut difficilement libérée, non sans beaucoup de ligatures. Pendant que deux aides tenaient l'un l'estomac, l'autre le duodénum, Socin donna deux coups de ciseaux sur la petite courbure, ouvrant l'estomac obliquement de haut en bas et de gauche à droite, à une distance de 2 centimètres de la tumeur. La plaie ainsi produite fut aussitôt refermée par vingt-deux points d'occlusion dont la moitié de profonds.

La tumeur fut alors saisie avec une pince de Museux et détachée verticalement du duodénum, en deux coups de ciseaux (quatre ligatures artérielles) ; de la même façon, le reste d'estomac attenant fut sectionné.

La réunion du duodénum à l'estomac exigea en tout 41 points de suture dont 19 en avant (13 Lembert) et le reste en arrière.

La réunion des muscles droits sectionnés offrit une certaine difficulté. L'opération avait duré deux heures.

Pansement à l'oxyde de zinc habituel à la clinique de Bâle.

La marche ultérieure fut très simple. La plus haute température notée fut de 37,7, le soir du second jour.

Aucun vomissement. Le seul phénomène inquiétant fut le pouls qui oscilla

les deux premiers jours entre 120 et 160 (injections d'éther camphré et lavements vineux).

Jusqu'au dixième jour, alimentation exclusivement rectale. Le quatorzième jour, l'opérée descendait au jardin et avait augmenté de poids.

Depuis lors, on observe une tendance à la formation d'une hernie, au niveau de la cicatrice opératoire. La tumeur extirpée mesure 8 centimètres de long.

2e *cas.* — Homme de 38 ans. La tumeur pylorique paraissait très mobile, sauf de haut en bas. L'incision exploratrice semblait favorable à la résection. Mais la tête du pancréas était englobée dans la tumeur et dut être enlevée en même temps qu'elle. L'artère gastro-duodénale se trouva coupée à son origine; l'hémorragie profuse réclama une ligature de l'artère hépatique. Mort quelques heures après.

Socin insiste sur le grand danger tenant aux adhérences pancréatiques qui sont difficiles à diagnostiquer. Il pense toutefois que l'absence de mobilité verticale de la tumeur en est un signe.

IX. — 1er *cas.* Homme de 42 ans, opéré le 21 juin 1881. Incision transversale, de 12 centimètres de long, à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. Contre toute attente, la tumeur pylorique adhérait intimement au lobe gauche du foie envahi lui-même par le cancer. Kocher dut l'enlever, non sans une hémorragie abondante. De même, la tumeur s'étendait, sans limites distinctes, au sein du petit épiploon et du ligament hépato-duodénal. Kocher dut ouvrir l'estomac avant de pouvoir isoler la tumeur. L'opération dura quatre heures, et le malade succomba au collapsus, au bout de 24 heures. Dans ses opérations ultérieures, Kocher a renoncé à l'incision transversale des téguments, parce que la tension des muscles droits compromettait la réunion.

2e *cas.* Homme de 35 ans, profondément cachectique, opéré le 23 mars 1882. Incision longitudinale des parois abdominales. Le duodénum ne se laissant pas extraire, il fallut appliquer les sutures en partie, dans la cavité abdominale, sans pouvoir s'assurer exactement de la façon dont elles étaient faites.

Mort le lendemain, avec une température au-dessous de la normale. A l'autopsie, sérosité sanguinolente en abondance dans l'abdomen. Lèvres de la muqueuse gastrique, béantes, bien qu'extérieurement les séreuses fussent agglutinées.

3e *cas.* Femme de 42 ans, opérée le 21 septembre 1883, suivant un procédé un peu différent. Incision longitudinale de 12 centimètres, sur la ligne médiane, descendant jusqu'à 3 centimètres au-dessous du nombril. La tumeur de la grosseur d'une pomme se laisse attirer sans grande difficulté; elle entoure circulairement la région pylorique, sur une longueur et une hauteur de 7 centimètres et essuie un prolongement vers le petit épiploon.

Au lieu de chercher de prime abord à dégager complètement la tumeur, Kocher ne l'isola qu'à ses extrémités, juste dans la limite nécessaire pour la séparer de l'estomac et du duodénum. Il fut ensuite beaucoup plus facile de détacher les adhérences et les connexions naturelles de la tumeur avec les épiploons et en même temps de faire une hémostase soigneuse.

Pour obturer le calibre de l'estomac, Kocher s'est servi de pinces à artères. Supérieures aux doigts, pour éviter l'issue des matières dans l'abdomen, les pinces ont l'inconvénient d'empêcher l'hémostase des lèvres de la plaie stomacale, ce qui expose à des hémorragies secondaires. Kocher y a remédié en appliquant, en arrière des pinces, une suture de Gély au catgut qui a rendu superflue toute ligature.

Les parties contusionnées par les pinces, resuturées par un point de pelletier, furent invaginées dans les portions saines, avant d'appliquer la suture définitive de Lembert.

La réunion au duodénum fut exécutée suivant les préceptes de Billroth et

Wölfler (points circulaires à la paroi postérieure, suture de Lembert à la paroi antérieure).

L'opération avait duré quatre heures. La malade guérit parfaitement.

A l'heure actuelle, on compte 34 résections pour cancer du pylore, avec 20,7 0/0 de guérisons et 4 résections pour ulcères dont 1 seule suivie de mort, celle de Lauenstein. (Voy. plus haut.)

*Gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac.* — Homme de cinquante ans, opéré le 5 juin 1882. En dépit de sa mobilité, la tumeur ne put être attirée à cause de ses adhérences. De plus, on voyait des ganglions dégénérés et des nodules cancéreux sur le péritoine. Kocher, renonçant donc à la résection du pylore, aboucha une anse grêle dans l'estomac, sans difficulté sérieuse.

Mais le soir survinrent des vomissements de matières noires et fétides; Kocher, pensant que la pénétration des matières intestinales dans l'estomac avait déterminé la décomposition putride du contenu stomacal, rouvrit l'abdomen pour rétablir l'ancien état de choses. Il trouva le péritoine intact. L'intestin et l'estomac, déjà adhérents, furent séparés et refermés chacun. Le contenu fétide de l'estomac fut évacué avec la pompe. Mort le lendemain matin. (*R. S. M.*, XVI, 751; XVIII, 216; XX, 684, et XXII, 311 à 313.) J. B.

X. — Ablation de 10 centimètres de la région pylorique qui était le siège d'une tumeur grosse comme une pomme. Après avoir posé des ligatures sur le grand et le petit épiploon, Hacker attira la partie de l'estomac à réséquer hors du ventre, on passa au-dessous d'elle une bandelette de gaze iodoformée, et tout le reste de l'opération put se faire en dehors de la cavité abdominale. La section correspondant à la petite courbure fut aussitôt réunie avec 13 points de suture, puis la tumeur fut séparée de l'estomac et du duodénum, et ces deux conduits maintenus en rapport par une double suture, l'une interne portant sur la muqueuse, l'autre superficielle (de Lembert). On n'eut point recours aux compresseurs; l'estomac et l'intestin maintenus par les doigts des aides ne laissèrent rien échapper de leur contenu. On enleva plusieurs ganglions mésentériques : toilette et suture du ventre. L'opération avait duré 1 heure 1/2. Suites des plus simples. La malade âgée de 46 ans était au mieux 3 mois après l'opération.

En même temps que cette observation, le travail ci-dessus mentionné renferme la mention d'une opération complémentaire consistant dans l'extirpation d'un noyau cancéreux de la peau pratiqué par Billroth sur le malade opéré 2 ans 1/2 auparavant de résection de l'estomac par Wölfler. L'opération entraîna l'ouverture du péritoine, mais l'opéré guérit. L'estomac était en bon état.

H. Schmid, de Berlin, qui rend compte de ces faits dans le *Centralblatt f. Chirurgie*, mentionne également un nouveau cas de résection du pylore pour cancer, suivi de succès, dû à Heincke d'Erlangen. L'opération entière put être faite hors de la cavité abdominale.

XI. — Kocher propose une modification dans l'emploi des compresseurs et de la suture. On sait que jusqu'à présent, les compresseurs ont été construits en vue d'obtenir par pression l'effacement du calibre du viscère, et par suite d'empêcher durant l'opération l'issue de son contenu et l'hémorragie. C'est ainsi que Rydygier a préconisé dans ce but deux tiges métalliques placées dans des tubes en caoutchouc, et réunies entre elles par deux liens élastiques. On éviterait, par cette compression ménagée de déterminer la contusion ou la mortification de la paroi gastrique ou intestinale, et de nuire ainsi aux effets de la suture.

Kocher ne s'inquiète nullement de la lésion de la paroi gastrique par

l'action des compresseurs : bien au contraire, il pousse la pression à l'extrême en se servant d'énormes pinces à mors cannelés semblables à l'ancien clamp de l'ovariotomie : après avoir réséqué la partie malade, il réunit par la suture les bords de la section, contus et mâchés par ces pinces, puis il les rebrousse, suturés, dans l'intérieur du conduit, intestin ou estomac, et il les y fixe par une deuxième suture, plus superficielle, ne comprenant que la séreuse, la suture de Lembert par exemple. (Pour les détails techniques de la suture, il faut lire la description un peu aride de Kocher.)

L'auteur pense que par cette compression énergique combinée à une double suture, dont la plus profonde comprend la musculeuse et la muqueuse, on évitera le danger d'hémorragie se faisant dans l'intestin ou dans l'estomac à la faveur d'une suture qui n'affronte que les séreuses, accident auquel ont succombé plusieurs opérés, celui de Lücke, dont l'histoire est rapportée par Lauenstein, celui de Bardenheuer, noté par Kocher, et l'opéré de Rydygier dont on trouvera plus loin l'observation.

XII. — Ce n'est plus le cancer du pylore qui fournit à la résection de l'estomac sa principale indication ; c'est, de l'avis de l'auteur, dans l'ulcère de cet organe avec rétrécissement que cette opération trouve son application la plus efficace. A l'appui de cette opinion, il relate le fait suivant, de Czerny dont voici le résumé :

Un homme de 41 ans souffre depuis 2 ans d'un ulcère de l'estomac : vomissements alimentaires incessants, dilatation énorme de l'estomac, douleurs violentes, existence à la région pylorique d'une tumeur mal définie, tels sont les signes qui ne permettent pas à la vérité d'établir un diagnostic précis, mais dont le chirurgien de Heidelberg s'autorise pour trouver la résection du pylore justifiée.

Après avoir découvert le pylore par une incision de 5 centimètres faite sur la ligne blanche, on constate une forte de coudure de la région pylorique de l'estomac, coudure maintenue par l'épaississement de la séreuse à ce niveau : des adhérences établies à la face postérieure de l'estomac ne permettraient d'ailleurs pas de pratiquer l'extirpation du pylore : on y renonce et Czerny se décide à pratiquer la gastro-entérostomie entre la petite courbure de l'estomac et la 1re portion du duodénum. Pour cela, l'on incise la paroi gastrique vers la petite courbure, et l'on reconnaît seulement alors l'existence d'un ulcère, creusé dans la muqueuse épaissie, et correspondant à la paroi postérieure de l'estomac. Abandonnant de nouveau son plan de gastro-entérostomie, le chirurgien dissèque et enlève la partie malade de la muqueuse gastrique avec l'ulcère qu'elle supporte et il réunit par 26 points de suture les lèvres de cette perte de substance : une partie de l'ulcère s'étend à la petite courbure et à la face antérieure, Czerny résèque à ce niveau toute l'épaisseur de la paroi de l'estomac qu'il ferme ensuite par 15 points de suture profonde recouverts eux-mêmes par une suture de Lembert, puis il ferme le ventre. Le malade guérit rapidement. Au bout de 3 mois, il avait augmenté de 20 livres.

Dans deux autres cas, Czerny dut s'arrêter après l'incision de la paroi abdominale ; l'on décore ces opérations inachevées, pratiquées dans des cas où le diagnostic était incomplet ou même faisait complètement défaut, du nom pompeux de laparotomies exploratrices.

Le premier de ces faits concerne un homme de 64 ans, souffrant depuis 3 mois d'une tumeur du pylore qui s'était rapidement accrue ; il pouvait néanmoins supporter l'alimentation liquide malgré un certain degré de dilatation de l'estomac. On résolut d'enlever cette tumeur qui paraissait assez

mobile, mais à l'ouverture du ventre on reconnut l'existence d'engorgements ganglionnaires multiples et de noyaux cancéreux du petit épiploon. On referma le ventre, et le malade survécut à cette opération.

Dans le second cas, l'erreur fut plus grave ; ses conséquences furent plus sérieuses aussi.

Il s'agissait d'une femme de 38 ans que l'on croyait atteinte de cancer du pylore. — Se fondant sur l'existence d'une tumeur épigastrique, malgré l'absence de vomissements, de dilatation de l'estomac, on résolut de pratiquer l'extirpation du pylore. Malheureusement l'estomac était sain, plus malheureusement encore il s'agissait d'un cancer du foie. On recousit le ventre, mais au bout de peu de jours la plaie se rouvrit ; d'abondantes hémorragies se produisirent et quand on les eut arrêtées, on vit la tumeur faire saillie au travers de l'incision, puis s'éliminer en partie. La malade, 25 jours après l'opération, s'était beaucoup affaiblie et elle voulut retourner mourir chez elle.

Voici, du reste, une autopsie qui montre ce que l'on peut attendre, comme résultat définitif, de l'extirpation de cancer du pylore.

C'est l'autopsie d'un sujet sur lequel le 21 juin 1881, Czerny avait pratiqué la résection du pylore et dont l'histoire a été rapportée par Kuh (*Langenbeck's Arch. f. klin. Chirurgie*, 1881, vol. XXVII, 4, p. 789). Ce malade avait été présenté comme guéri le 21 avril 1882 par le Dr Heuck au congrès des médecins allemands à Wiesbaden, mais dès le mois d'août se manifestait le commencement d'une cachexie qui se termina par la mort le 5 janvier 1883. A l'*autopsie* on trouva une ligne de réunion très solide, tuméfiée, rétrécissant même l'orifice du pylore au point que celui-ci ne pouvait admettre qu'un crayon. Il existait une infiltration cancéreuse de tout le péritoine, et la coupe de la ligne de réunion gastro-duodénale y démontra l'existence de nombreux foyers de cancer colloïde à petits alvéoles. Il s'agissait donc, malgré le succès temporaire, d'une récidive sur place du cancer.

L'auteur rapporte enfin un cas de résection du pylore pour rétrécissement cancéreux qu'il a pratiqué le 4 septembre 1882 et qui a été suivie de mort.

Cette femme, âgée de 53 ans, souffrait de l'estomac depuis six mois environ, et vomissait tout ce qu'elle prenait depuis 5 semaines. Elle s'était refusée d'abord à l'opération ; elle l'accepta au bout de quelques jours devant l'imminence d'une terminaison prochaine ; elle ne pesait plus que 75 livres.

Une incision de 11 centimètres, pratiquée sur la ligne blanche, 7 au-dessus, 4 au-dessous du nombril, permet d'attirer au dehors la tumeur. Maurer commence par détacher les épiploons sur lesquels on place une série de doubles ligatures ; puis il sépare le cancer de l'estomac au niveau de la petite courbure de cet organe et place sur cette incision 22 points de suture (*Verkleinerungsnähte*) dont 7 profonds et 15 ne comprenant que la séreuse. Il achève alors la séparation de l'estomac dont la section vient d'être ainsi rétrécie et après avoir séparé la tumeur du duodénum, il fixe la surface de section de ce conduit à la portion restée libre de la section gastrique, par 32 points de suture, 15 profonds, 17 superficiels (voir le travail de Wölfler). Pendant l'ablation de la tumeur et les sutures, le duodénum et l'estomac avaient été maintenus par les mains des aides. L'opération avait duré 3 heures : la malade succomba au bout de 4 heures. La mort doit être mise sur le compte de l'extrême état de faiblesse où elle était, qui ne lui a pas permis de supporter le choc opératoire.

En résumé ce très intéressant travail de Maurer nous fait connaître de nouveaux cas : un très beau succès d'extirpation d'un ulcère de l'estomac dans un cas de diagnostic douteux et où le plan chirurgical dut être changé plusieurs fois au cours même de l'opération. Deux opérations d'extir-

pation, entreprises et laissées inachevées, dont l'une suivie d'une aggravation notable, pratiquées pour des cancers, l'un du pylore, inopérable, l'autre du foie. Un insuccès complet avec mort opératoire rapide, à la suite d'une résection du pylore pour cancer. Il faut y ajouter la terminaison par la mort d'un des cas considéré jusqu'ici comme un des plus brillants succès, et la preuve anatomique de la récidive.

XIII. — Wölfler propose d'appeler de ce nom l'établissement d'un orifice faisant communiquer l'estomac avec l'intestin grêle, pratiqué pour remédier à un rétrécissement du pylore. Voici la relation de la première opération de ce genre qui ait été tentée en Allemagne.

Un homme de 38 ans est admis à la clinique de Billroth le 27 septembre 1881, porteur d'une dilatation de l'estomac causée par une tumeur cancéreuse du pylore, et souffrant de vomissements incoercibles et d'impossibilité de l'alimentation. Une incision exploratrice faite le 28, en vue de reconnaître la possibilité de la résection du pylore ayant fait constater l'envahissement du pancréas et de l'épiploon gastro-hépatique, Wölfler se décide à établir une communication entre l'estomac et l'intestin grêle et il le fait de la façon suivante :

Une incision de 5 centimètres est faite près de la grande courbure de l'estomac, au-dessus de l'insertion du gros épiploon ; une anse intestinale est ouverte dans une même étendue de son bord libre ; puis les bords de l'incision de l'anse intestinale sont fixés aux bords de l'incision gastrique par une double suture 1) de la muqueuse 2) de la séreuse au moyen de la suture de Lembert modifiée par l'auteur. Après avoir fait une toilette complète de la région, on ferme l'abdomen et on applique un pansement à l'iodoforme.

L'opération ne fut suivie d'aucun accident : dès le 8e jour le malade pouvait prendre et consommer des aliments solides : 4 semaines après l'opération l'état général était amélioré, les digestions n'étaient pas douloureuses, et les évacuations alvines étaient normales.

Peu après, le 2 novembre, Billroth eut recours à la même opération ; mais le résultat fut malheureux.

Il s'agit d'un homme de 45 ans qui étant atteint d'un cancer inopérable du pylore. Billroth pratiqua la gastro-entérostomie ; l'opération dura une heure et ne fut pas suivie de péritonite ; mais dès l'abord se produisirent des vomissements bilieux qui continuèrent sans interruption jusqu'à la mort du malade, survenue le 10e jour. L'*autopsie* fit voir qu'au siège de l'opération il s'était formé un éperon qui conduisait la bile dans l'estomac et interceptant presque complètement le passage des matières dans le bout inférieur de l'anse intestinale ouverte.

Pour éviter le retour d'un semblable accident, Wölfler propose de suturer le bout inférieur de l'anse ouverte avec la plus grande partie du pourtour de l'incision gastrique, tandis que le bout supérieur ne serait mis en communication avec l'estomac que par un orifice de 2 à 3 centimètres de diamètre. L'exécution de ce plan nous paraît aussi difficile que le but proposé lui-même est obscur.

XIV. — Le 6 mai 1882 fut admise à la clinique de Kussmaul à Strasbourg, une femme de 32 ans qui avait subi l'année précédente l'ovariotomie normale pour la délivrer des troubles que déterminait un corps fibreux utérin. Elle était atteinte d'un cancer du pylore, très douloureux, causant des vomissements fréquents, comme la tumeur était assez mobile, Lücke résolut de l'extirper, et si cela n'était pas possible, de pratiquer la gastro-entérostomie suivant la méthode de Wölfler.

L'opération fut faite le 25 mai ; mais dès les premiers essais pour dégager

la tumeur on put constater qu'elle tenait au foie, à la vésicule biliaire, et qu'elle s'accompagnait d'engorgements ganglionnaires volumineux. On isola au moyen de pinces à branches recouvertes de caoutchouc une partie de la grande courbure de l'estomac : on isola de même, en la saisissant entre deux pinces, une anse d'intestin grêle que l'on attira en dehors : une incision de 5 centimètres fut faite sur cette anse, au niveau de son bord libre ; une incision semblable, pratiquée sur l'estomac : 31 points de suture profonde réunirent sur toute la circonférence les muqueuses gastrique et intestinale ; 34 points de suture de Lembert rapprochèrent au-dessus d'eux les séreuses. Aussitôt après l'ablation des pinces à pression l'estomac et l'intestin qui étaient cyanosés reprirent leur coloration et l'on vit le contenu du ventricule passer dans l'anse intestinale. Le ventre fut fermé et la malade guérit.

Dès le 3e jour on avait administré du lait : bientôt (le 10e jour) on donna un peu de nourriture solide. Le 37e jour la malade quittait l'hôpital et elle était revenue le 1er août, 2 mois après l'opération, en assez bon état, ne vomissant plus, ayant gagné du poids. La tumeur paraissait stationnaire. P. B.

XV. — Femme de 56 ans, d'une famille de cancéreux, atteinte depuis 2 ans d'un catarrhe chronique de l'estomac et présentant une tumeur mobile, du volume d'un œuf, dans la région ombilicale. Diagnostic; cancer du pylore. La résection est projetée.

Opération : antisepsie rigoureuse, mais sans spray ; narcose par le chloroforme et la morphine. Incision transversale immédiatement au-dessus de l'ombilic, de 15 centimètres d'étendue, coupant les muscles droits; division du péritoine et de l'épiploon ; section de tous les vaisseaux entre deux ligatures à la soie de Czerny. On reconnaît que la tumeur adhère fortement au côlon transverse à la tête du pancréas et au ligament hépato-duodénal, que par conséquent la résection est impossible et on se décide pour l'opération de Wölfler.

L'opérateur va alors à la recherche de l'anse jéjuno-duodénale et, pour cela, fait au mésocôlon transverse une ouverture transversale (12 ligatures) ; ligature temporaire de l'intestin au-dessus et au-dessous du point choisi avec un fil de soie, incision de 5 centimètres à l'opposé de l'insertion mésentérique et nettoyage du segment intercepté (8 ligatures). Puis isolement d'une portion de la grande courbure de l'estomac à l'aide des pinces-clamp de Gussenbauer, incision de 5 centimètres à la paroi postérieure de l'estomac et nettoyage du segment intercepté (12 ligatures). Enfin, réunion d'abord des lèvres postérieures des plaies de l'estomac et de l'intestin à l'aide de 12 sutures internes de Wölfler et 8 sutures de la muqueuse, ensuite des lèvres antérieures à l'aide de 10 sutures de la muqueuse et de 18 sutures de Lembert. — Réduction de l'intestin, toilette du péritoine, suture couche par couche de la plaie abdominale ; — deux drains dans les angles de la plaie ; pansement à l'ouate salicylée. — Durée de l'opération 2h,50.

Pas d'accidents, sauf quelques vomissements, dans les premiers jours. L'opérée, alimentée par des lavements, paraît devoir guérir quand, au 8e jour, elle est prise d'une péritonite diffuse à laquelle elle succombe 12 jours après l'opération.

Autopsie : La plaie abdominale est réunie ; mais le muscle droit du côté droit est le siège d'une infiltration phlegmoneuse ; en arrière de l'ombilic, les anses intestinales sont agglutinées en un paquet au centre duquel se trouve un abcès fétide, de la grosseur du poing, sans relation avec la partie suturée de l'estomac et sans communication avec la cavité intestinale. La suture gastro-intestinale est parfaitement réunie. L'orifice pylorique est ulcéré et entouré par une tumeur adhérente au pancréas et au côlon transverse. Tout le reste de l'abdomen est en bon état.

Cette opération est la sixième qui ait été publiée ; elle diffère des précédentes en ce que l'auteur, au lieu de chercher à attirer l'anse jéjuno-duodénale en avant du côlon, ce qui est très difficile, est allé reconnaître et ramener cette anse à travers une large boutonnière faite au mésocôlon transverse ; il a pu de la sorte agir en toute sûreté et l'autopsie, qui a montré du côlon séparé de son mésentère dans une étendue de 12 à 15 centimètres, a prouvé que ce procédé n'exposait pas, comme on pourrait le croire, à l'étranglement de l'intestin.

Il est probable que, malgré toutes les précautions, quelques parcelles du contenu de l'estomac ou de l'intestin sont demeurées dans le ventre et ont déterminé l'abcès qui a causé la mort. DE SANTI.

XVI. — La gastro-entérostomie est réservée aux rétrécissements cancéreux du pylore auxquels la résection de cette région de l'estomac n'est pas applicable. Dans les 5 cas publiés actuellement, les phénomènes douloureux furent amendés par l'opération; dans 3, la mort survint ; une fois par le fait d'un éperon résultant de la suture et qui forçait la bile et le suc pancréatique à refluer vers l'estomac (cas de Billroth); une fois par affaiblissement (?) de l'opéré (cas de Lauenstein); dans le fait de Rydygier, la terminaison fatale fut le résultat d'une gastrorragie. Voici l'observation de ce fait qui n'a été que mentionné par l'auteur au XI^e congrès des chirurgiens allemands.

Homme de 54 ans, souffrant de l'estomac depuis 2 ans ; très amaigri, au teint cachectique. Il ne peut avaler que des liquides, et leur ingestion est presque aussitôt suivie de vomissements. Au pylore, l'on trouve une tumeur mobile, grosse comme une pomme. L'incision de la paroi abdominale ayant été conduite comme s'il s'agissait de pratiquer la résection du pylore, on put constater l'existence d'engorgements ganglionnaires volumineux et l'on se décida, au lieu d'enlever la tumeur, à pratiquer la gastro-entérostomie. — Celle-ci fut faite d'après les règles énoncées par Wölfler, mais on n'eut pas recours aux compresseurs, et des aides furent chargés d'empêcher l'écoulement au dehors du contenu de l'estomac et l'hémorragie. Le catgut fut employé pour les sutures. Le 4^e jour après l'opération, le malade eut à plusieurs reprises des selles diarrhéiques noires abondantes, et il succomba rapidement.—L'autopsie démontra dans l'intestin, l'existence de sang extravasé en grande quantité : ce sang venait de la plaie de l'estomac. Les sutures ne s'étaient pas relâchées et il n'y avait rien dans le péritoine.

Ce n'est donc point à l'emploi des compresseurs qu'il faut attribuer la production des hémorragies secondaires dans les résections de l'estomac : telle est la seule moralité que Rydygier tire de ce fait évidemment peu favorable à la gastro-entérostomie. PAUL BERGER.

**I. — Schusswunde des Magens mit rasch eintretenden Peritonitisch-und Collapserscheinungen. Laparotomie 3 Stunden nach der Verletzung. Magennaht. Heilung (Plaie de l'estomac par coup de feu, péritonite, laparotomie, gastrorraphie, guérison), par Theodor KOCHER** (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte, n°* 24, *p.* 598, 15 *décembre* 1883).

**II. — Coup de pied de cheval, rupture de l'intestin grêle sans contusion des parois abdominales, péritonite suraiguë ; laparotomie; résection et suture de l'intestin ; mort au dixième jour, par BOUILLY** (*Bulletins de la Société de chirurgie, t. IX, p.* 698, 1883).

**III. — Rapport sur cette observation, par Paul BERGER** (*Ibid., p.* 690).

**IV. — Darmruptur durch Steinwurf (Rupture de l'intestin par un coup de pierre), par ETTER** (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte, n°* 16, *p.* 563, 15 *août* 1883).

I. — Un garçon de 14 ans reçoit dans l'estomac une bille de 6 millimètres tirée à 5 pas de distance. Il n'y a immédiatement ni douleurs ni vomissements; une demi-heure plus tard le blessé gravit à pied l'escalier de l'hôpital.

Deux heures et demie après la blessure, les douleurs deviennent vives et il survient des hoquets, nausées et vomissements. Abdomen douloureux à la pression, météorisé au-dessus du nombril, absolument mat dans les régions sous-ombilicales. Température 35°,6; pouls petit.

Dans la ligne parasternale gauche, immédiatement au-dessus du rebord costal, à l'union des 7e et 8e cartilages costaux, plaie arrondie de un demi-centimètre.

Laparotomie. A la hauteur du nombril, l'incision donne issue à une grande quantité de sang liquide. On étanche soigneusement le sang qui a inondé toute la cavité abdominale.

Sur la paroi antérieure de l'estomac au voisinage du cul-de-sac et au niveau de la grande courbure, se voit une plaie arrondie taillée comme à l'emporte-pièce, d'un centimètre et demi de diamètre, dont les lèvres béantes saignent encore.

On n'aperçoit aucun orifice de sortie du projectile qui est sans doute resté dans l'estomac.

Kocher, après avoir refermé la plaie stomacale avec deux points de catgut, fait par-dessus, sur une longueur de 3 centimètres, une suture de Lembert à la soie.

Guérison sans accident. J. B.

II. — Un homme reçoit un double coup de pied de cheval dans la région épigastrique, au-dessous de l'ombilic. Il ressent une douleur extrême dans le ventre et présente aussitôt les signes d'une péritonite. Le lendemain, facies grippé, pouls petit, vomissements incessants, affaiblissement considérable, ventre excessivement sensible, mais non météorisé. M. Bouilly conclut à une péritonite par rupture de l'intestin et se décide à agir aussitôt.

Le ventre est ouvert, l'intestin attiré au dehors est dévidé, et bientôt on arrive sur une double lésion; d'une part une escarre brun foncé, prête à se détacher; de l'autre une perforation des dimensions d'une pièce de 50 centimes : comme ces deux lésions sont très rapprochées, M. Bouilly pratique la résection de l'anse qui les supporte en enlevant en même temps une portion correspondante du mésentère en forme de coin. Après avoir réuni le mésentère, il fait la suture des deux bouts de l'intestin, préalablement évacués, au moyen de 26 points de suture de Lembert; puis il procède à la toilette du péritoine et il referme le ventre.

Les phénomènes de péritonite durèrent deux jours encore puis s'amendèrent; le 3e jour il y eut une débâcle intestinale, mais en même temps la plaie abdominale se rouvrit et donna issue à des matières intestinales. La fistule stercorale ainsi produite continua de rendre des matières et malgré cet incident l'état général du malade était aussi bon que possible, il pouvait être considéré comme guéri, quand le 10e jour. à la suite d'une exploration trop hâtive de son anus contre nature, il succomba rapidement à une reprise de la péritonite.

L'autopsie permit de constater que les deux bouts de l'intestin s'étaient séparés et que cette séparation remontait à une époque bien antérieure à celle de l'accident terminal. Celui-ci avait été dû au décollement des adhérences qui unissaient l'intestin à la paroi abdominale et qui avaient cédé sous le doigt du chirurgien.

III. — M. Berger insiste sur la rareté des guérisons observées à la

suite de ruptures intestinales : on n'en connaît que trois exemples dus à Jobert, à Renaut et à Poland. D'autre part le diagnostic de la rupture intestinale peut être fondé sur le commémoratif d'un traumatisme violent suivi aussitôt des signes d'une péritonite suraiguë : la déchirure des autres viscères entraîne d'autres phénomènes qui ne permettent guère l'erreur. Mais il ne faut pas donner une trop grande importance au météorisme comme caractère pathognomonique de la rupture intestinale : il manquait chez le malade de Bouilly.

La lésion étant reconnue, il faut aller à la recherche de la perforation intestinale, réséquer les parties d'intestin malades et en faire la suture. La voie a été tracée par les chirurgiens qui ont été chercher et suturer l'intestin blessé par des armes de guerre. B. cite à l'appui de cette manière de voir le relevé d'Otis pendant la guerre de rebellion d'Amérique. Mais sur la conduite à tenir vis-à-vis de l'intestin blessé il n'approuve pas sans réserve l'entérorraphie complète. Les statistiques démontrent, et le cas de M. Bouilly confirme que quand la guérison survient à la suite de l'entérorraphie, c'est presque toujours après la formation d'une fistule stercorale. Ainsi Otis, sur 9 cas de suture pratiquée pour des plaies de l'intestin, a réuni 4 exemples de guérison, dont 3 après la formation d'une fistule stercorale ayant persisté plus ou moins longtemps.

Il semble donc préférable en pareil cas de ne réunir qu'une partie de la circonférence des deux bouts de l'anse réséquée et de fixer le bord libre de l'ouverture que l'on laisse subsister à l'incision faite à la paroi abdominale, et ménageant ainsi une fistule stercorale qui guérira plus tard spontanément ou par une nouvelle opération. Le rapporteur insiste en outre sur la nécessité de tenir l'opéré à une diète rigoureuse et de s'abstenir pendant plusieurs mois de toute exploration.

IV. — Le fait suivant est un exemple de traumatisme de l'intestin par un corps mousse, sans lésion extérieure aucune.

Un robuste paysan, d'une vingtaine d'années, reçoit à droite du nombril une pierre lancée d'une distance de 50 pas. Ce projectile, de la grosseur du poing, était de forme arrondie un peu allongée sans aucune aspérité.

Le blessé s'affaisse sans perdre connaissance et regagne ensuite son domicile. A peine arrivé, il vomit deux fois et ressent une douleur de plus en plus vive à l'endroit atteint.

Une heure et demie après, Etter le trouve le visage anxieux, la respiration lente et profonde, le pouls à 78. L'abdomen non météorisé résonne normalement partout. La peau ne présente ni ecchymoses ni autre lésion. L'endroit douloureux se trouve sur le prolongement d'une ligne tirée horizontalement du nombril à 10 centimètres de celui-ci.

Le lendemain matin les nausées et vomissements continuent. Tout le côté droit de l'abdomen est devenu douloureux; dyspnée, pouls petit à 120. Matité sur toute la moitié droite du ventre qui est saillante et extrêmement sensible au moindre toucher. Constipation. Urine normale.

Le soir les douleurs se sont étendues au côté gauche; les vomissements sont de plus en plus répétés; le pouls est de plus en plus petit.

Mort dans le collapsus, 38 heures après l'accident.

A l'autopsie les parois abdominales, même à leur face interne, sont absolument indemnes. Péritonite généralisée avec épanchement.

Dans la fosse iléo-cœcale se voit une anse d'intestin grêle adhérente à d'autres et présentant une perforation arrondie dont les bords sont tuméfiés; on peut y introduire le petit doigt.

Le bassin est rempli d'un liquide fétide, poisseux, mélange d'exsudat inflammatoire, de contenu intestinal et de sang. J.

I. — On the operative proceedings in cases of intestinal obstruction (des opérations qu'il convient d'appliquer à la cure de l'occlusion intestinale), par MORGAN (*British med. Journal*, 1883, 6 *octobre*).

I. — Note sur quatre cas d'étranglement interne traités par la laparotomie, par BOUILLY (*Gaz. méd. de Paris*, *n*os 15, 16, 18 *et* 20, 1883).

II. — Zur Operation des Volvulus (opération du volvulus), par W. ROSER, de Marburg (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1883, *n*° 43, *p*. 682, 1883).

IV. — A successful case of Gastrotomy for intestinal obstruction (laparotomie suivie de succès dans un étranglement interne), par ALDER SMITH (*British med. Journal*, *p*. 999, *mai* 1883).

V. — Supra un caso di strozzamento dell'intestino (un cas d'étranglement interne), par O. FERRARESI (*Rivista clinica*, *juin* 1883).

VI. — Ueber den Befund einer durch viele Jähre getragenen Darm-Intussusception (Autopsie d'une invagination chronique de l'intestin), par A. POHL (*Prager med. Wochenschr.*, *n*° 21, *et Centralblatt f. Chirurgie*, *n*° 30, *p*. 486, 1883).

VII. — Invagination des Dünndarm-Ileon, mit Losstossung des Intussusceptum, Genesung (Invagination de l'iléon, élimination du cylindre invaginé, guérison), par L. GRONAU (*Berlin. klin. Wochenschr.*, *n*° 83, *p*. 514, 14 *août* 1882).

VIII. — Beitrag zur Aetiologie der Darmverschliessung. Laparotomie Genesung (Etranglement interne, laparotomie, guérison, contribution à l'étiologie), par C. VOIGT (*Prager med. Wochenschr.*, *XIII*, 1883, *n*os 40 *et* 41, *et Centralblatt f. Chirurgie*, *n*° 52, *p*. 853, 1883).

IX. — Case of intestinal incarceration (Etranglement interne), par W.-S. HALSTEAD (*Proceedings of the New-York surgical Society*, 26 *décembre* 1882, *Med. News*, *p*. 113, 27 *janvier* 1883).

X. — Occlusion intestinale par diverticule, etc., par GILLETTE (*Union médicale p*. 62, 12 *juillet* 1883).

XI. — Intestinal obstruction from an abcess behind the posterior layer of the peritoneum (Occlusion iniestinale dépendant d'un abcès rétro-péritonéal), par Ch.-T. PARKES (*Chicago med. journal and examiner*, *octobre* 1883, *et Centralblatt f. Chirurgie*, *n*° 52, *p*. 854, 1883).

XII. — Colotomie lombaire pour rétrécissement de l'S iliaque causé par la rétraction du mésentère, par ROSE (*Berlin klin. Wochenschr.*, *n*° 53, *p*. 827, 31 *décembre* 1883).

XIII. — Ueber einen Fall congenitaler Dünndarmatresie (Atrésie congénitale de l'intestin grêle), par von HEUSINGER (*Berlin. klin. Wochenschr.*, *n*° 27, *p*. 419, 3 *juillet* 1882).

XIV. — Ein Fall von Enterokystom (Kyste de l'intestin; occlusion intestinale), par D. KÜLENKAMPFF (*Centralbl. f. Chirurgie*, *n*° 42, *p*. 679, 1883).

XV. — De l'invagination intestinale provoquée par les tumeurs et en particulier par le lipome de l'intestin, par CLOS (*Thèse*, *Paris*, 1883).

XVI. — Zur Kasuistik der Darmverschliessungen (quatre cas d'occlusion intes-

**tinale), par LINGEN** (*S. Petersburger med. Wochenschr.*, 1882, *n*° 49, *et Centralbl. f. Chirurgie*, *n*° 10, *p.* 158, 1883).

I. — Morgan suppose que la constatation des signes classiques, mais malheureusement d'une observation difficile et d'une interprétation souvent douteuse, a permis de conclure que l'obstacle se trouvait situé sur l'intestin grêle. Il recommande en pareil cas d'avoir recours à la laparotomie faite toujours sur la ligne blanche en dehors d'exceptions qui sont 1) le cas de réduction en masse d'une hernie, 2) celui d'obstruction dépendant de corps étrangers, 3) les compressions par les tumeurs : dans ces cas l'incision doit être pratiquée au niveau du point où la palpation fait reconnaître l'existence de l'agent de l'étranglement. Du reste, il établit que les tumeurs agissent bien plutôt par les adhérences qui s'étendent entre elles et les parties voisines, et sous lesquelles l'intestin s'étrangle, que par la pression directement exercée par elles sur l'intestin. — L'incision médiane, à part ces exceptions, est la plus favorable aux recherches et la moins dangereuse. Si, au cours de l'opération, on s'apercevait que le côlon est le siège de l'occlusion, on refermerait le ventre et on pratiquerait la colotomie ; une exception doit encore ici être faite pour les étranglements portant sur l'S iliaque.

L'auteur recommande deux pratiques qui peuvent être d'une véritable utilité. Comme la recherche de l'anse étranglée est souvent longue et difficile, et qu'on ne sait que difficilement en déroulant les circonvolutions intestinales, si on s'éloigne ou si on se rapproche de la fin de l'intestin grêle, il conseille de chercher tout d'abord le bout inférieur qui est revenu sur lui-même et que l'on trouve presque toujours dans la cavité du petit bassin du côté droit ; c'était la pratique de Kingston et de Fowler. On remonte ensuite plus facilement vers l'obstacle.

La distension de l'intestin par les gaz rend les recherches très difficiles, oblige à sortir une grande longueur d'intestin de l'abdomen, et s'oppose ensuite à sa réduction. Les ponctions évacuatrices, qui ne sont pas sans danger, ne donnent aux matières et aux gaz qu'une issue insuffisante. Morgan préférerait que l'on fît une petite incision évacuatrice sur le bord connexe d'une anse distendue attirée hors de l'ouverture et que l'on suturerait ensuite par la méthode de Lembert. Cette pratique, recommandée déjà par Ch. Perier, nous paraît bonne à adopter.

Si l'intestin présente au niveau de l'étranglement des lésions graves, Morgan pense qu'il faut préférer l'entérotomie et l'entérorraphie à l'établissement d'un anus contre nature. On a vu que la plupart des chirurgiens ne partagent plus actuellement cet avis, du moins quand il s'agit d'étranglement siégeant dans des hernies (*R. S. M.*, XXIII, 1, p. 320 et suiv.).

PAUL BERGER.

II. — Les quatre faits fort intéressants d'étranglement interne que publie M. Bouilly, et pour lesquels il a été amené à pratiquer la laparotomie, présentent une étiologie différente. Dans deux cas, ce sont des brides fortement tendues, sous lesquelles s'est engagé l'intestin ; dans le troisième, ce sont des adhérences multiples, dépendant d'une grossesse extra-utérine abdominale datant de sept ans, qui ont mis obstacle au passage des matières fécales ; quant au dernier fait, c'est un étranglement produit par torsion de mésentère.

Bien qu'aucun des malades n'ait guéri, la lecture de ces observations prouve que l'intervention opératoire était justifiée ; elle démontre encore que l'on aura d'autant plus de chance de réussir, que le diagnostic aura été plus précis et l'opération plus tôt pratiquée.

En quelques propositions que nous résumons, M. Bouilly s'exprime ainsi à ce sujet :

1° La laparotomie, dans le cas d'étranglement interne, offre les caractères d'une opération d'urgence.

2° Si les accidents revêtent d'emblée la forme aiguë et n'ont pas rapidement cédé aux moyens médicaux, il faut se mettre à la recherche de l'obstacle.

3° Dans cette forme aiguë, l'arrêt des matières peut être attribué, quel que soit l'agent, à une constriction brusque et serrée d'un point du tube intestinal.

4° C'est une opération qui s'adresse directement à l'obstacle et est curative. Dans ces cas aigus, l'entérotomie iliaque ou lombaire ne peut lui être substituée. OZENNE.

III. — L'auteur ayant, dans un cas de volvulus de l'S iliaque, pratiqué la laparotomie avec succès, vit la torsion de l'intestin se reproduire et perdit son opéré ; c'est pourquoi il conseille à l'avenir, dans un cas analogue, de suturer l'intestin détordu à la paroi abdominale. Il suffirait pour cela de réunir par plusieurs points de suture le mésentère de la partie supérieure de l'S, c'est-à-dire de la portion la plus mobile, à la paroi gauche de l'abdomen. Ce mode de fixation est encore applicable aux invaginations de l'S iliaque réduites par la laparotomie, parce que ces invaginations sont très sujettes à récidive ; mais il vaudrait mieux dans ce cas fixer la partie inférieure de l'S, car c'est la mobilité excessive de cette partie avec formation d'un mésorectum qui est la cause la plus efficace de la production des prolapsus.

D'après Uhde (Langenb. *Arch.* t. IX, p. 14), cette opération aurait déjà été exécutée avec succès par Büngen à Marbourg. Roser révoque fortement en doute cette assertion, car la tradition, d'une part, n'a conservé à Marbourg aucune trace de cette opération et d'autre part la thèse de Pfeiffer, un des élèves de Büngen : « de laparotomia in volvulo necessaria. Marburg, 1843 » n'en parle pas. DE SANTI.

IV.— Le 2 janvier, une femme de 53 ans est prise de douleurs violentes dans la région épigastrique, avec tendance aux lipothymies et collapsus. On songe d'abord à une crise de coliques hépatiques et on se borne à une médication palliative.

Le 3 et le 4 janvier, état général meilleur, moins de douleur, mais constipation tenace ; de l'huile de ricin administrée est rejetée. Il devient évident, le soir, que l'on a affaire à une obstruction intestinale.

Le lendemain, malgré des lavements purgatifs à haute dose, la constipation persiste : le surlendemain, une injection d'huile, introduite dans le gros intestin au moyen d'une sonde œsophagienne, n'amène aucune garde-robe. On songe alors à la gastrotomie, rendue urgente par l'aggravation de l'état général, et l'apparition de vomissements fécaloïdes.

L'opération est faite avec les précautions antiseptiques, mais sans le spray phéniqué. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'intestin grêle distendu par du gaz. En suivant les anses tuméfiées on arrive sur un point de l'iléon étranglé par une bande fibreuse : au-dessous, l'intestin redevient souple et vide. Au niveau de l'étranglement, l'intestin était largement congestionné, et

commençait à montrer de la tendance à se sphacéler. L'intestin se réduisit facilement sans débridement ; il n'y eut pas besoin de sectionner l'anneau fibreux adventice. L'opération se fit presque sans effusion de sang. Le pansement de Lister fut appliqué, et la malade, soumise à l'usage de la glace et de l'opium.

Les suites de l'opération furent des plus simples, il n'y eut aucune menace de péritonite et le 5 février la malade pouvait se lever et marcher sans difficulté.

L'auteur en conclut qu'il faut opérer de bonne heure, dès que les premières tentatives de purgation ont été infructueuses. H. R.

V. — Sur le cadavre d'une femme morte très rapidement avec les symptômes d'un étranglement interne qui avait débuté brusquement trois jours auparavant, on trouva l'S iliaque du côlon enroulé autour du pédicule long et grêle d'un kyste de l'ovaire. Ce kyste, qui adhérait en deux endroits à la paroi de l'abdomen, était dans d'excellentes conditions pour l'extirpation, et l'on peut affirmer qu'une laparotomie faite à temps eût délivré la malade à la fois de son étranglement interne et de sa tumeur. P. B.

VI. — Un jeune homme avait présenté, il y a 11 ans, les symptômes d'un étranglement interne; il avait guéri mais, depuis lors, les accidents s'étaient reproduits à plusieurs reprises à l'occasion d'écarts de régime. En octobre 1882, il succombait en cinq jours à une atteinte nouvelle des plus violentes. A l'autopsie, on trouva une invagination de 24 centimètres de la partie terminale de l'intestin grêle : la lumière de l'intestin, à ce niveau, était réduite à quelques millimètres; la muqueuse, dans la partie correspondante, était épaissie et ulcérée en plusieurs points ; une de ces ulcérations s'était transformée en une perforation faisant communiquer la cavité de l'intestin avec le péritoine. Au-dessus de l'invagination, la musculeuse de l'intestin était fort hypertrophiée. La tunique musculeuse de la portion qui recevait l'intestin invaginé dans son intérieur était aussi hypertrophiée. L'auteur considère comme certain que l'invagination en question était ancienne de 11 ans. P. B.

VII. — Matelot de 27 ans, sans aucun antécédent morbide du côté de l'intestin. Le 20 décembre, après avoir scié du bois, il est obligé d'interrompre son déjeuner à cause d'une douleur violente au niveau de la région ombilicale.

Le 23 l'auteur, appelé auprès de ce malade, le trouve dans l'état suivant : facies abdominal ; pouls et température normaux. Vomissements contenant des matières intestinales. Absence de garde-robes. Ventre non météorisé et insensible à la pression sauf un peu à droite du nombril, où l'on sent une tumeur ayant le volume et la forme d'un œuf de canard, mate à la percussion et immobile.

Dès le lendemain, le météorisme empêche le palper de cette tumeur.

L'opium fait cesser les douleurs mais non les vomissements. Injections rectales impuissantes.

Le 26, à la suite de l'administration de deux doses de 60 grammes de mercure métallique, prises coup sur coup, les vomissements s'arrêtent, tandis que les douleurs reviennent.

Le 1er janvier, le malade accuse, pour la première fois, quelques mouvements intestinaux accompagnés de borborygmes.

Le 2 au soir, il a eu deux premières selles, anormales seulement quant à leur abondance.

Le lendemain, deux garde-robes diarrhéiques dont la dernière renferme une masse charnue formée par 14 centimètres d'iléon gangrené.

Du 4 au 7, le malade a eu 3 à 4 selles par 24 heures. Le 8, les garde-robes redeviennent normales.

Mais, à la fin de janvier, se produit une rechute caractérisée par des coliques et du météorisme. Les injections morphinées soulagent le patient jusqu'au 7 où il est repris de douleurs qui ne cèdent que le lendemain matin à la suite de 4 vomissements fécaloïdes dont le premier contenait un peu du mercure administré 44 jours auparavant ; en même temps, il y a trois selles diarrhéiques qui se renouvellent les deux jours suivants.

Le 10, pour la première fois, du mercure apparaît dans les garde-robes et, dès lors, le malade marche à la guérison.

Jusqu'au 13, il n'y a pas de nouvelles éliminations de mercure par l'intestin bien que les selles soient quotidiennes.

Ce malade n'a pas offert le moindre signe d'hydrargyrisme. (*R. S. M.* XVII, 672 et XIX, 674.)

J. B.

VIII. — Un paysan de 48 ans, sain d'ailleurs, mais porteur d'une petite hernie inguinale bien contenue par un bandage, présente, sans cause appréciable, une constipation totale qui au bout de dix jours s'accompagne de vomissements fécaloïdes et des autres signes d'un étranglement. Le trajet inguinal est libre, mais il existe une sensibilité vive au-dessus de l'arcade de Fallope. Avec toutes les précautions antiseptiques, une incision de 15 centimètres est faite en ce point, et après avoir longtemps cherché au milieu des anses intestinales distendues, on retire du petit bassin le bout inférieur de l'intestin rétracté, fixé en un point très limité contre la paroi pelvienne, et maintenu coudé par des adhérences fibreuses : ces adhérences cèdent à la traction et l'intestin redevient libre ; mais au milieu de ces adhérences on trouve un kyste du cordon, ouvert, présentant une cavité de 3 centimètres environ. Voigt se décida à pratiquer l'extirpation de ce kyste avec la partie correspondante du cordon, puis il referma le ventre. Le malade guérit après avoir présenté un érysipèle grave qui fut suivi d'une suppuration des bourses et de l'élimination du testicule gangrené.

Voigt attribue à l'érysipèle la gangrène du testicule : cette complication peut amener la gangrène du scrotum, qui fit défaut dans le cas présent, mais elle ne produit jamais la mortification du testicule. Celle-ci nous semble devoir être rapportée à l'atteinte portée, pendant l'opération, au cordon spermatique.

IX. — Une femme de 35 ans, qui avait présenté à plusieurs reprises depuis son enfance, des accidents d'occlusion, fut prise subitement, 8 jours avant son admission à l'hôpital, des phénomènes de l'étranglement interne. Après avoir usé des entéroclysmes, exploré le ventre avec la main introduite dans le rectum, ce qui ne donna aucun résultat, on se décida à pratiquer la laparotomie. Au cours de l'opération, on trouva que l'S iliaque du côlon était passé sous une bride épaisse et large, formée par l'épiploon qui s'étendait de la partie moyenne du côlon transverse à l'hypocondre gauche. Cette bride fut divisée entre deux ligatures, mais l'opérée mourut au bout de 24 heures. L'autopsie permit de vérifier qu'il s'agissait bien d'une bride épiploïque due probablement à une anomalie du développement, bride sous laquelle l'S iliaque était venu s'étrangler en se tordant sur lui-même.

Gerster rapporte à la société anatomique l'histoire d'un fait à peu près semblable, où l'agent de l'étranglement n'était autre que l'appendice vermiforme dont l'extrémité était venue se fixer à la paroi abdominale au cours d'une poussée de péritonite antérieure. L'appendice vermiforme fut sectionné entre deux ligatures, mais le malade mourut au bout de 11 heures.

X. — Le fait dont il s'agit présente un certain intérêt à cause de la nature insolite, quoique assez obscure, de l'obstacle qui s'opposait au cours des matières. Un homme de 43 ans, atteint d'une double ectopie inguinale des testicules était atteint depuis quatre à cinq jours des phénomènes d'un étranglement aigu à début subit. Le 22 mai 1883, M. Gillette pratiqua la laparotomie.

En déroulant la masse intestinale, on aperçut à droite une anse intestinale complètement vide, plongeant dans le petit bassin ; un peu au-dessus, au point où l'intestin venait d'être descendu, se trouvait un rétrécissement de couleur blanchâtre au centre, ecchymotique à la périphérie ; à ce niveau l'intestin était souple, sans induration néoplastique. Sur l'intestin, immédiatement au-dessous du point rétréci, s'insérait un diverticule long de 8 centimètres environ, affaissé comme l'anse elle-même; il ne formait pas de nœud autour de l'intestin. La mort étant survenue 35 minutes après l'opération, l'autopsie permit de constater que ce diverticule s'implantait à 20 centimètres de la fin de l'iléon; qu'il était creux ; qu'il se trouvait compris dans le mésentère et qu'il formait comme une bride, qui, en déterminant une coudure brusque de l'intestin, avait amené l'occlusion. — La pièce a été présentée à la Societé anatomique par M. Godet, dans la séance du 25 mai 1883.

XI. — Un jeune homme de 21 ans présente depuis le 11 juillet 1883 des accidents d'étranglement grave avec vomissements fécaloïdes, sans fièvre (t. 37,7). Ils se sont établis brusquement, ont résisté à tous les moyens. Il y a du reste un peu de matité mais sans aucune tumeur appréciable dans la fosse iliaque droite. — Laparotomie le 19 par incision de la ligne blanche; après avoir écarté l'intestin distendu, on trouve des anses rétractées ; en les suivant du côté du cœcum, l'opérateur traverse avec le doigt une cloison très mince et un îlot de pus fétide se fait aussitôt jour par la plaie et dans le péritoine. La cavité de l'abcès ne contient pas de matières intestinales ; elle s'étend vers la troisième vertèbre lombaire. Après avoir soigneusement lavé cette cavité et tout le péritoine avec de l'eau chaude, le chirurgien draine cet abcès par la partie inférieure de l'incision abdominale et panse à l'iodoforme. Malgré un délire violent qui se déclara la nuit suivante et qui lui fit arracher son pansement, le malade guérit, les selles se rétablirent, et la plaie put être réunie par une suture. Il sortait de l'hôpital le 7 août.

L'abcès, de cause bien indéterminée, avait ici déterminé l'iléus en produisant une coudure de l'iléon près de son abouchement au cœcum. L'auteur rapproche ce fait d'un cas semblable dû à Christeller *(Arch., f. Kinderheilk*, 1883, IV, heft. 7-8), dans lequel des accidents d'occlusion survenus à deux reprises chez un enfant de 11 ans, cédèrent à l'évacuation par le rectum de 3 à 400 grammes de pus. Ce dernier n'a rien d'exceptionnel ; on sait combien il est fréquent d'observer des phénomènes de pseudo-étranglement dans les inflammations du tissu cellulaire qui avoisine l'intestin, notamment dans la périty phlite. PAUL BERGER.

XII. — Rose a pu faire l'autopsie d'une femme âgée de 77 ans, morte à la suite d'une indigestion de raisins. Deux ans auparavant il lui avait pratiqué avec succès un anus lombaire, pour remédier à des accidents d'étranglement interne.

En outre d'une hernie ombilicale énorme formée par le côlon transverse, le côlon iliaque se trouve accolé contre la paroi postérieure de l'abdomen, bridé qu'il était par l'insertion du mésentère raccourci et épaissi qui se faisait juste au-dessus.

Depuis l'opération les aliments n'ont pu franchir le point rétréci, bien qu'il soit possible maintenant d'y introduire l'extrémité du petit doigt.

On a donc ici un exemple de rétrécissement intestinal consécutif à une sorte de mésentérite.

Chez une autre femme l'existence d'une sclérose inflammatoire du mésentère a donné lieu à une méprise. Vu les bosselures dures, la fluctuation très étendue et la fièvre, Rose se crut en présence d'un sarcome kystique de l'ovaire suppuré. Mais la laparotomie lui montra qu'il s'agissait tout simplement des bosselures normales du côlon transverse distendu à l'extrême au-

dessus d'un point rétréci par un mésentère rétracté. Malheureusement, l'entérotomie ne réussit pas à sauver la malade. J. B.

XIII. — Fillette bien développée, née à terme; elle est le cinquième enfant de parents sains.

Dès le premier jour, elle vomit des mucosités mélangées de méconium, et le deuxième, elle rejette tout le lait avec du méconium, tandis qu'elle n'a aucune garde-robe.

Des lavements poussés très haut avec la sonde de Nélaton, ne donnèrent issue qu'à une cinquantaine de granules grisâtres, durs, et à des filaments de mucus. Sous le microscope, les granules étaient constitués par des débris d'épithélium intestinal, sans trace de méconium.

Laparotomie et établissement d'un anus artificiel sur l'anse grêle qui se présente.

Mort le cinquième jour.

A l'autopsie, tous les organes sont normaux, sauf l'intestin grêle qui, à partir de l'iléon, est atrésié et atrophié par suite d'une rotation sur son axe. J. B.

XIV. — Un enfant de 3 ans, souffrant depuis quelque temps de coliques et de constipation, fut pris subitement de tous les signes d'une obstruction intestinale à laquelle il succomba le lendemain. Avant sa mort la percussion avait permis de reconnaître dans la fosse iliaque droite l'existence d'une tumeur de la grandeur de la main.

L'autopsie montra, dans l'épaisseur du mésentère de l'iléon, à 40 centimètres de la valvule, un kyste de la grosseur du poing, à parois transparentes et divisées par des étranglements superficiels en trois ou quatre lobes hémisphériques, de telle sorte que la tumeur ressemblait exactement à une anse intestinale distendue; le liquide contenu était de couleur chocolat. Aucun pédicule ne reliait la tumeur à l'intestin. Elle avait, par sa rotation autour d'une anse intestinale, amené un volvulus mortel. Pas de péritonite.

Bien que l'examen histologique n'ait pas été pratiqué, l'auteur croit pouvoir rattacher cette tumeur à la variété de kystes intestinaux, décrite par Roth, qui proviennent d'un diverticule de l'iléon, le plus souvent du diverticule de Meckel. Ces kystes tantôt communiquent avec la cavité intestinale, tantôt en sont complètement indépendants ou ne sont reliés à l'intestin que par un pédicule oblitéré; ils siègent en général sur le bord convexe de l'intestin, mais quelquefois aussi, comme dans le cas actuel, sur le bord concave, dans l'épaisseur du mésentère; on peut les rencontrer sur toute l'étendue de l'intestin grêle, de l'estomac et même de l'œsophage, quelques-uns même dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Sur les cinq cas antérieurement rassemblés par Roth, aucun des enfants n'a survécu; le plus âgé mourut à 16 mois.

Dans le cas actuel, si la marche de l'étranglement eût été moins rapide, on eût pu, après exploration sous le chloroforme, ponctionner ou extirper la tumeur. L'auteur reconnaît toutefois que la laparotomie n'eût pas été faite sans difficultés, car, même sur le cadavre, on n'arriva qu'après une préparation minutieuse à se rendre compte du siège du kyste et de ses relations avec l'intestin. DE SANTI.

XV. — Voici l'observation de Th. Anger, qui constitue l'intérêt principal de cette thèse :

Une femme de 43 ans souffrait depuis neuf mois d'obstructions qui se renouvelaient fréquemment et duraient parfois une vingtaine de jours. Depuis douze jours déjà elle ressentait une pesanteur dans le rectum, du ténesme, du ballonnement, et aucune évacuation n'avait eu lieu par l'anus, quand on

put sentir, par le toucher, une tumeur grosse comme une orange, située dans le rectum au-dessus de l'anus, et accompagnée d'un renversement de l'intestin. On temporisa quatre jours encore, pendant lesquels les entéroclysmes et les moyens médicaux n'amenèrent aucune amélioration. Anger fait alors la laparotomie, reconnaît l'invagination et, ne pouvant la réduire, fait un anus contre nature. Mort de péritonite au bout de deux jours : à l'autopsie on trouva une invagination de l'S iliaque dans le rectum, déterminée par la traction qu'un volumineux lipôme sous-muqueux pédiculé exerçait sur cet intestin.

Dans une autre observation inédite l'invagination était produite par un polype muqueux de l'intestin.

Clos a pu réunir six faits de lipômes sous-muqueux de l'intestin. La tumeur variait du volume d'une noix à celui d'un œuf d'autruche ; dans plusieurs cas le pédicule se rompit et le produit pathologique fut expulsé par l'anus : dans d'autres le lipôme se gangréna et fut également rejeté par les voies naturelles.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la considération du mécanisme, d'ailleurs facile à comprendre, par lequel ces lipômes pédiculés déterminent l'occlusion de l'intestin. Où ses conclusions doivent être absolument rejetées, c'est quand il conclut à l'opportunité de tenter une désinvagination, et, si elle échoue, de pratiquer un anus contre nature. La tumeur s'opposerait à ce que l'on triomphât par des tractions de l'intussusception qui d'ailleurs ne manquerait pas de se reproduire. La seule thérapeutique admissible, quand le diagnostic peut être précisé, c'est l'ablation de la tumeur cause de l'invagination, avec ou sans résection de la portion d'intestin invaginée.

XVI. — 1) Homme de 66 ans, mort quatre jours après son admission à l'hôpital Marie-Magdeleine, sans intervention chirurgicale. L'S iliaque du côlon énormément distendu, remontait de la fosse iliaque à l'hypochondre gauche et décrivait sur son axe une torsion de 180°. Un amas de fèves non digérées dans la partie supérieure de cet intestin paraissait la cause de l'occlusion. Il y avait eu pendant la vie les signes d'une occlusion portant sur le côlon descendant.

2) Fait des plus intéressants : Un homme de 60 ans est admis avec le diagnostic d'étranglement siégeant dans une hernie inguinale remontant à deux jours. La tumeur inguinale, par sa consistance, rappelle celle de l'épiploon ; le testicule correspondant est en ectopie inguinale. On admet d'abord l'existence d'une épiploïte irréductible; le taxis étant resté infructueux, on attend que des accidents d'étranglement réel se prononcent, et quand ceux-ci se montrent, au bout de six jours on opère. Le sac ouvert, on tombe non sur de l'épiploon, mais sur une anse intestinale volumineuse qui ne paraît pas très serrée et qui renferme un corps globuleux solide que l'on prend pour un amas de matières fécales. La réduction se fait sans difficulté, mais les accidents d'occlusion persistent et le malade succombe le soir même.

A l'autopsie on trouve que l'anse réduite dans le ventre renfermait un lipôme sous-muqueux implanté à 5 centimètres de la valvule iléocæcale et qui oblitérait presque entièrement son calibre, l'intestin n'étant du reste le siège d'aucune lésion grave.

Ce lipôme (pris d'abord pour de l'épiploon, puis pour un amas de matières au cours de l'opération) n'avait donné lieu à aucun accident jusqu'au moment où l'intestin qui le renfermait était tombé dans la hernie; il avait alors déterminé l'apparition des phénomènes d'occlusion.

3) Un ivrogne est admis avec une hernie inguinale étranglée(?) depuis cinq

jours : la tumeur est peu tendue, diminue un peu au taxis, mais ne peut se réduire complètement ; le malade meurt avant qu'on ait pu pratiquer l'opération.

A l'autopsie on découvre qu'il n'y avait pas d'étranglement herniaire, mais une torsion de l'intestin dans le ventre à 3 pouces de la valvule de Bauhin. Les deux bouts de l'intestin se croisaient à angle droit, et l'anse ainsi étranglée par volvulus était celle qui descendait dans le sac herniaire. Le siège de l'étranglement était distant de la moitié d'un pouce de l'orifice inguinal profond.

Un quatrième fait, très obscur, nous paraît présenter un moindre intérêt

Lingen insiste sur la grande fréquence des torsions de l'intestin en Russie. Sur 28 cas d'étranglement interne observés dans les dix dernières années, 20 furent suivis de mort, 8 guérirent. Dans 13 cas l'autopsie fut faite et démontra cinq fois l'existence d'un volvulus. Cette proportion s'écarte beaucoup de celle qu'indique Leichtenstern qui, sur 1,541 cas d'occlusion analysés par lui n'a pu trouver que 2,1 0/0 d'étranglements par torsion. Grube rapporte cette fréquence des torsions dans certaines races, à l'alimentation végétale et à la plus grande longueur de l'intestin qui est en relation avec elle. PAUL BERGER.

**I. — Rupture de l'appendice iléo-cæcal pendant un effort ; péritonite s'accompagnant des signes d'une occlusion intestinale ; établissement d'un anus artificiel ; mort, autopsie, par POLAILLON** (*Union médicale*, 8 *janvier* 1884, *p.* 14).

**II. — Quelques faits de corps étrangers de l'appendice cæcal simulant l'étranglement interne, par Léon GAUTIER** (*Revue méd. de la Suisse romande*, *III* 133, *mars* 1883).

**III. — Ein Fall von Krebs des Wurmfortsatzes (Cancer de l'appendice vermiculaire, résection, mort), par A. BEGER** (*Berlin. klin. Wochenschr.* *n°* 41, *p.* 616 9 *octobre* 1882).

I. — Une blanchisseuse de 19 ans, en soulevant un gros paquet de linge, sentit tout à coup une vive douleur dans le ventre. A partir de ce moment le ventre se ballonna, devint douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite, les vomissements s'établirent, alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes. Malgré des purgatifs et des lavements il n'y eut ni matières ni gaz rendus par l'anus ; l'état général devint alarmant, et M. Polaillon, qui vit la malade le 8e jour seulement, jugea l'intervention immédiate opportune. Une incision faite au niveau de la fosse iliaque gauche ne permit que de reconnaître l'existence d'une péritonite purulente au début. Le chirurgien, sans pousser plus loin des recherches que l'état de l'opérée rendait dangereuses, établit un anus contre nature sur l'intestin grêle. La mort survint dix heures après l'opération. A l'*autopsie* on trouva la cause de la péritonite purulente, qui était une perforation de l'appendice vermiculaire ; ce dernier renfermait un haricot. Nulle part il n'y avait d'obstacle mécanique au cours des matières.

Ce fait qui montre une fois de plus qu'une péritonite suraiguë peut s'accompagner des signes d'un étranglement interne, notamment des vomissements fécaloïdes, est un exemple rare de la rupture dans un effort, de l'appendice vermiculaire du cæcum ulcéré par le contact prolongé d'un corps étranger.

II. — Dans certains cas où le diagnostic est difficile entre une péritonite par perforation et un étranglement interne, il faut penser à une perfo-

ration si la marche des accidents est foudroyante et amène la mort avant le quatrième jour. Cette probabilité devient presque une certitude quand on constate une élévation de la température centrale.

Le pincement de l'appendice vermiculaire par un corps étranger engagé dans sa cavité peut déterminer des symptômes identiques à ceux de l'étranglement interne, la péritonite ne faisant alors que terminer la scène. Un chirurgien pratiquant une gastrotomie, et ne trouvant pas de cause mécanique pour expliquer l'étranglement, devra donc toujours rechercher s'il n'existe pas quelque lésion de cet appendice.

Le vertige et le frisson sont très communs au début des accidents causés par les corps étrangers de l'appendice vermiforme. J. B.

III. — Homme de 47 ans, bien portant jusqu'il y a 3 ans et demi, où il vit se développer dans l'aine droite une tumeur très douloureuse avec rougeur des téguments. L'incision donne issue à un litre de pus inodore; l'état général s'améliora mais la plaie opératoire resta fistuleuse et se couvrit d'excroissances charnues.

Ni avant, ni depuis la maladie, il n'y a eu de constipation et la fistule n'a jamais donné issue à des gaz ou à des matières fécales.

Le malade est anémié et émacié, mais sans fièvre. Au-dessus du pli de l'aine droite, tumeur ulcérée de la grosseur du poing et de forme irrégulière; haute de plusieurs centimètres sur les bords, le centre est enfoncé en cratère. La surface ulcérée de texture glanduleuse a un aspect velouté par places, et grossièrement granuleux sur d'autres. Cette tumeur qui se laisse déplacer avec les téguments est soulevée rythmiquement par les battements de l'artère iliaque. A son voisinage immédiat, les téguments sont, soit cicatriciels, soit amincis et fistuleux.

En outre du pus fétide sécrété par la surface ulcérée, le cratère est souvent rempli d'une sérosité claire. Quand on enfonce l'index dans ce dernier, après avoir franchi un passage étroit on parvient dans une cavité. Si alors, on place l'autre main à plat sur l'abdomen au-dessus de la tumeur, on sent entre l'extrémité de l'index et la main une épaisseur de tissus qui correspond à la totalité des parois abdominales.

Au-dessous de la tumeur, ganglions dégénérés et fistuleux.

Rien d'anormal par le toucher rectal. La jambe droite du malade se couvre souvent de sueurs, tandis que l'autre demeure sèche.

L'examen microscopique d'un fragment excisé de la tumeur révèle un adéno-carcinome de l'intestin.

On aperçoit de nombreux utricules ressemblant à des coupes transversales et longitudinales des glandes de Lieberkühn; les utricules sont placés à côté de cavités irrégulières dont les parois sont tapissées de cellules cylindriques et caliciformes.

Ces éléments épithéliaux sont plongés dans un stroma composé essentiellement de petites cellules rondes et d'une petite quantité de tissu conjonctif fibreux.

Thiersch pose le diagnostic de cancer de l'appendice vermiculaire avec extension aux parois abdominales, mais sans envahissement du cæcum. C'était le seul moyen de concilier le résultat de l'examen microscopique avec l'absence de tout symptôme d'obstruction ou de rétrécissement de l'intestin.

Dès que l'état général fut devenu meilleur, Thiersch procéda à l'extirpation de la tumeur.

La moitié supérieure put être isolée du péritoine sans ouvrir celui-ci. Mais alors on aperçut un cordon plus gros que le doigt partant de la tumeur et plongeant dans la cavité abdominale; on ne tarda pas à reconnaître qu'il s'agissait de l'appendice cæcal.

Le péritoine incisé, il fut facile d'extraire le cæcum et la portion d'intestin attenante. Après une double ligature de l'appendice, celui-ci fut sectionné, son bout central cautérisé et l'intestin replacé normalement dans la cavité abdominale.

Tiersch extirpe alors la tumeur pariétale et les ganglions envahis. La dissection des gros vaisseaux et du cordon spermatique fut laborieuse, mais non très sanglante.

L'intestin est de nouveau attiré au dehors. A une largeur de main du cæcum, le côlon et l'iléon sont obturés au moyen de pinces revêtues de tubes de caoutchouc.

Le cæcum est incisé : dans sa cavité, au niveau de l'abouchement de l'appendice, proémine une tumeur verruqueuse, molle, plus grosse qu'une noix et à large base. La valvule de Bauhin est intacte.

Excision de la partie convexe du cæcum, sans toucher la valvule ; le tronçon réséqué a 8 centimètres de long sur moitié de large.

La plaie ovalaire du cæcum est refermée par une suture de Lembert en fils de soie.

Après suture du mésentère, l'intestin est replacé dans l'abdomen et la plaie péritonéale refermée avec de la soie.

Dans la plaie pariétale, qui a l'étendue de deux travers de main, on aperçoit à nu les vaisseaux iliaques et fémoraux, le muscle psoas, les restes du cordon spermatique, etc.

Pansement avec la gaze iodoformée recouverte d'ouate.

Immédiatement après l'opération, collapsus, élévation de la température et mort au bout de 36 heures.

A l'autopsie, péritonite sèche au voisinage de la portion d'intestin suturée et cancer des ganglions rétropéritonéaux.

L'examen des pièces opératoires montre que la tumeur des parois abdominales se continue en se rétrécissant en entonnoir directement dans l'appendice vermiforme dont l'extrémité périphérique est très dilatée. La séreuse de l'appendice n'est nulle part ulcérée. A la coupe, l'appendice a l'aspect d'un trajet fistuleux, le microscope y révèle une hypertrophie inflammatoire des parois en voie de suppuration, et les éléments cancéreux intacts sont relativement rares.

La dégénérescence a évidemment débuté par l'extrémité libre de l'appendice, et, en suivant sa muqueuse, s'est lentement étendue jusque dans la cavité cæcale.

A côté de la rareté du cancer de l'appendice, cette observation présente quelques autres particularités.

C'est d'abord la pathogénie de l'abcès initial qui reste mystérieuse en l'absence de tout phénomène de périthyphlite. Le prompt envahissement des parois abdominales et l'absence de tout symptôme intestinal malgré 3 ans de durée, sont également remarquables. Enfin, on est obligé d'admettre une inflexion sur le canal conduisant dans le cæcum, puisque, malgré sa largeur, il n'y a jamais eu issue du contenu intestinal. Quant à la sérosité qui remplissait le cratère, elle était le produit des utricules glandulaires de nouvelle formation. J. B.

**I. — Zur Resektion des Dünn und Dickdarms (la résection du gros intestin et de l'intestin grêle), par A. WÖLFLER** (*Deutsche Gesellsch. f. Chirurgie, XII Kongress*, 1883).

**II. — Laparotomie wegen Krebs des Dünndarms (Laparatomie pour cancer de l'intestin grêle), par PARTSCH** (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1883, *n°* 52., *p.* 833).

**III. — Zur Kenntniss des Darmkrebses (Etudes sur le cancer de l'intestin, par**

**KOMPE (de Cassel)** (*Aerztliches Intelligenzbl.* 1883, *n*os 3 *et* 4, *et Centralbl. f. Chirurgie*, 1883, *n*° 10, *p.* 52).

**IV. — Experimenteller Beitrag zur Darmsutur (Expériences sur la suture intestinale), par HOHENHAUSEN** (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1883, *n*° 36 *et Centralbl. f. Chirurgie*, 1883, *n*° 46, *p.* 742).

**V. — On resection of portions of intestine (Résection de parties de l'intestin), par F. TREVES** (*Royal med. and Surg. Society, British med. Journal*, 16 *décembre* 1882).

**VI. — A successful case of lumbar Colectomy (Colectomie lombaire, succès), par Th. BRYANT** (*Medico-chirurgical Transact. London*, 1882, *p.* 131).

**VII. — Ein Beitrag zur Darmchirurgie (Opérations sur l'intestin), par C. MAYDL** (*Wiener med. Presse*, 1883, *n*os 14 *et* 16, *et Centralbl. f. Chirurgie*, 1883, *n*° 30, *p.* 487).

I. — Wölfler présente les pièces anatomiques de deux entérectomies faites par Billroth et comprenant l'une 113 centimètres de l'intestin grêle, l'autre une grande partie du gros intestin.

Dans le premier cas, qui se termina par la mort, le motif de la résection était un fibrome de la grosseur d'une tête d'enfant à peu près, développé dans le mésentère de l'intestin grêle et si intimement adhérent à l'intestin qu'il ne put en être isolé. Pour détacher la tumeur du mésentère, il fallut remonter jusqu'à la naissance de ce repli et, après la résection de l'intestin, le réunir par 26 sutures. Le fibrome pesait 755 grammes.

Ce cas, qui peut être rapproché de celui de Madelung, offre un intérêt spécial parce qu'on n'avait pas encore observé de fibrome aussi volumineux dans le mésentère.

Dans le second cas il s'agissait d'une extirpation de l'épiploon et de la résection de 15 centimètres de côlon transverse motivés par un cancer colloïde de cet intestin ; le résultat fut favorable.

La patiente, âgée de 56 ans, éprouvait depuis 15 ans des douleurs abdominales et, dans les derniers temps, de la diarrhée sanguinolente. Il n'y avait pas de symptômes de rétrécissement, mais on sentait une tumeur qui, au dire de la malade, existait depuis 10 ans. Laparotomie le 28 janvier 1883. Adhérences étendues de la tumeur avec les parois abdominales, l'estomac et l'intestin grêle. Résection du côlon transverse. 9 sutures internes et 27 sutures externes de l'intestin. Guérison.

Wölfler tire de ce dernier cas la conclusion que les résections du gros intestin faites sur les points les plus mobiles, comme le côlon transverse ou l'angle du côlon sont celles qui offrent le plus de chances de guérison (comparez les résultats de Reybard, Czerny, Martini, Gussenbauer, Volkmann et Billroth), tandis que les résections du gros intestin dans ses parties profondes ou au niveau de ses adhérences avec le rein, comme au côlon ascendant et descendant, se sont toujours jusqu'ici terminées par la mort.

En conséquence, la résection du gros intestin avec entérorraphie consécutive n'est possible que dans un nombre restreint de cas, en dehors desquels il faudra la remplacer par la création d'un anus artificiel provisoire ou définitif.

Wölfler fait encore remarquer que, dans les cas de rétrécissement de l'intestin où, après avoir pratiqué la laparotomie, on s'aperçoit que la résection est impossible en raison de l'étendue des adhérences, il est

possible, — quand la portion voisine de l'intestin est assez mobile, — au lieu de faire un anus artificiel, de faire une boutonnière, comme pour la gastro-entérostomie, à la portion afférente et perméable de l'intestin fixé et d'y implanter le fragment afférent.

L'auteur rappelle à ce propos un cas d'entérorraphie exécutée, durant le semestre dernier, par Billroth sur un enfant de 9 ans, pour une fistule de l'intestin grêle. La fistule aurait pour cause un rétrécissement considérable du cæcum et de la portion voisine de l'iléon, consécutif à des ulcérations de la muqueuse. Billroth se contenta de fendre le cæcum et d'implanter l'iléon dans le côlon ascendant (iléo-colostomie). Malheureusement le patient était si affaibli qu'il ne résista pas à l'opération.

*Discussion.* — *Lanenstein* (de Hambourg) a pratiqué l'année dernière une fistule gastro-intestinale. Il s'agissait d'une femme de 35 ans, tourmentée depuis 2 ans par des vomissements quotidiens et copieux. Lauenstein, après lui avoir fait sans résultat pendant 3 semaines des lavages de l'estomac, lui pratiqua l'automne dernier la laparotomie; mais il s'aperçut alors qu'en raison des adhérences de la tumeur avec la face inférieure du foie, la résection du pylore était impossible. Pour faire quelque chose à la malade, il établit une fistule gastro-intestinale. L'opération dura 3/4 d'heure et réussit bien; les vomissements cessèrent complètement. L'opérée mourut toutefois, un mois après, de la cachexie causée par son cancer du foie. On constata à l'autopsie que la fistule siégeait à 2 mètres au-dessous du duodénum. Le pylore était presque infranchissable. Il faut noter encore que le mésentère correspondant à l'anse d'intestin grêle suturée, parut à l'autopsie, grâce à sa traction en haut, gêner quelque peu le cours des matières dans le côlon transverse; en effet, à droite de cette bride mésentérique, le côlon sous-jacent était rempli de matières fécales fluides et abondantes, à gauche il était vide. Cette disposition concordait avec un certain degré de constipation qui avait succédé à l'opération.

*Heuck* (de Heidelberg) dit que Czerny a dû aussi extirper un cancer colloïde du cæcum; le résultat fut mortel. Mais il existait dans ce cas une libre communication entre le cæcum et le duodénum et, de plus, des adhérences étendues avec l'épiploon, le foie et le rein. Il fut nécessaire de réséquer le cæcum, une partie du côlon transverse et du duodénum. L'opération dura très longtemps; 4 heures après sa terminaison l'opéré mourut dans le collapsus. Heuck partage l'opinion de Wölfler.

*E. Hahn* (de Berlin), voulant aussi pratiquer une résection du pylore et ayant reconnu l'opération impraticable, a fait une fistule stomacale par laquelle il a dilaté le pylore. Le patient a survécu trois semaines à cette opération. DE SANTI.

II. — Dans un cas de cancer de l'intestin ayant déterminé une occlusion de ce conduit, au cours d'une laparotomie qui se termina par l'établissement d'un anus contre nature, Partsch eut l'idée, qu'il mit à exécution, d'employer le procédé suivant pour empêcher que la plaie et ses environs ne fussent souillés par le contact des matières. Il libéra une certaine longueur du bout supérieur de l'intestin de ses adhérences au mésentère, et il le laissa pendre hors du ventre et évacuer les matières qu'il contenait dans un bassin; puis, au moment de refermer la plaie de la paroi, il laissa dehors cette sorte d'ajutage intestinal en le fixant à

l'incision abdominale par des points de suture placés à l'union de la partie détachée du mésentère et de celle qui y était adhérente. Il affirme que, de la sorte, et jusqu'à la mort de la malade qui survint le 5e jour, le contenu de l'intestin ne vint jamais souiller la paroi du ventre. La portion de l'intestin laissée pendante de la sorte se gangréna le lendemain de l'opération ; elle mesurait 10 centimètres.

III. — La seule chose qui nous paraisse à retenir de ce travail et de l'analyse qui lui est consacrée, est la note qui le suit, dans laquelle Richard Volkmann annonce avoir récemment extirpé 4 pouces de l'S iliaque du colon pour un cancer; il établit un anus contre nature qu'il attaqua plus tard par la section de l'éperon. Le résultat final de l'opération n'est pas connu.

IV. — Hohenhausen rapporte sommairement 3 cas de plaie de l'intestin qu'il a traités par la suture intestinale : l'un guérit ; l'autre fut suivi d'un anus contre nature ; le troisième se termina par la mort.

Il rend compte ensuite d'expériences qu'il a instituées sur des chiens : revenant au procédé *des quatre maîtres*, il invagine par la méthode de Jobert le bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin en les fixant l'un et l'autre sur un cylindre digestible placé dans le calibre de l'intestin, et composé de farine de froment, d'albumine de l'œuf et d'eau. Les propriétés de ce composé ne nous paraissent pas devoir faire revenir les chirurgiens sur la défaveur où est justement tombée la suture des quatre maîtres.

V. — En cas d'entérectomie et d'entérorraphie circulaire, c'est encore sur un corps cylindrique introduit dans les deux bouts de l'intestin que Treves propose de faire la suture, mais ce corps est destiné à en être ensuite retiré. C'est un boudin en caoutchouc très mince que l'on insuffle par l'intermédiaire d'un tube latéral dont il est pourvu. Les deux bouts de cette sorte de ballon cylindrique sont introduits dans les deux bouts de l'intestin à suturer ; ils en effacent les dépressions, en égalisent le calibre et facilitent ainsi l'application d'une suture régulière ; quand tous les points de suture sont à leur place, avant de serrer les derniers, on laisse échapper l'air qui gonfle le ballon et on le retire réduit à un volume négligeable.

VI. — Une femme de 50 ans souffrait depuis 3 mois de phénomènes d'obstruction revenant par accès. En présence d'une aggravation continue et de vomissements fécaloïdes, quelques signes indiquant que l'obstacle siégeait vers le côlon descendant, bien que l'existence certaine d'une tumeur ne fut pas révélée par la palpation, Bryant pratiqua l'incision de la colotomie lombaire à gauche. Il fut assez heureux pour pouvoir reconnaître, attirer au dehors et exciser un rétrécissement du côlon descendant, constitué par un « épithélioma colomnaire. » — Les deux bouts de l'intestin divisé furent fixés dans la plaie, et un an après l'état général était encore bon et l'anus contre nature lombaire fonctionnait régulièrement.

VII. — 1) Carcinome du cæcum, chez un homme de 54 ans. La tumeur fut enlevée par une incision faite en dehors du muscle droit ; on pratiqua la résection circulaire de l'intestin et on enleva des ganglions mésentériques engorgés Quoique les extrémités des bouts de l'intestin pussent être rapprochées, Maydl n'en sutura que la moitié, et fixa le reste de leur circonférence à la plaie de la paroi, créant ainsi un anus contre nature : 7 centimètres du cæcum, 10, de l'intestin grêle furent enlevés de la sorte. Cet anus contre nature fut traité 2 mois après par la résection et la suture des deux bouts

de l'intestin afférent et efférent; une suture à deux étages les réunit, mais il persista une fistule stercorale qui n'était pas encore guérie lorsque, 8 mois après, la récidive survint.

L'auteur pose en principe que l'établissement d'un anus contre nature est préférable, en pareil cas, à l'entérorraphie circulaire immédiate qui prête beaucoup trop aux accidents d'occlusion consécutive.

2) Cancer du rectum, chez un homme de 27 ans, ayant nécessité la colotomie par la méthode de Littré (que Hadlich, de Cassel, en rendant compte de ce travail appelle la méthode de Littré). Quatre mois et demi après, la rétraction de l'orifice nécessite la cæcotomie ; l'ouverture du cæcum ne fut pratiquée que 3 jours après la fixation à la paroi. La mort étant survenue 5 semaines après par épuisement, on découvrit que le côlon transverse, attiré en bas par l'épiploon qui était le siège d'une infiltration cancéreuse, présentait une soudure brusque à sa partie moyenne. PAUL BERGER.

**Trente et une extirpations de goitre, par M. Julliard** (*Revue de chir.*, 11 *août* 1883).

En s'appuyant sur une trentaine d'observations, l'auteur passe successivement en revue la méthode opératoire préférable dans les extirpations de goitre, les conditions favorables ou non à l'intervention chirurgicale et les accidents primitifs ou secondaires qui suivent l'opération :

M. Julliard ne se déclare pas partisan de l'anesthésie ; pour lui, elle est inutile, parce que l'opération est peu douloureuse, et elle est dangereuse, parce qu'elle augmente la gêne respiratoire déjà accusée, et parce qu'elle peut provoquer des vomissements durant ou après l'opération, ce qui est une cause de mouvements de la trachée préjudiciables à la réunion de la plaie.

Deux méthodes peuvent être mises en usage pour l'ablation de la tumeur. La méthode à lambeaux, qui, tout en donnant plus de jour et plus de liberté dans la manœuvre, doit être rejetée, à cause des délabrements qu'elle nécessite ; et la méthode linéaire, que l'auteur regarde comme suffisante, d'autant plus qu'elle s'oppose moins à la réunion par première intention.

Après avoir décrit les premiers temps de l'opération, insisté sur la double ligature des veines que l'on rencontre, sur l'emploi du catgut, préférable à cause de sa résorption, M. Julliard engage à faire l'énucléation du goitre en laissant la capsule, ce qui n'offre aucun inconvénient pour l'avenir et présente même cet avantage de guider l'opérateur : la tumeur enlevée, il reste une cavité plus ou moins large dont la partie supérieure disparaît facilement par le rapprochement des tissus, mais dont la portion rétro-sternale reste béante, et constitue l'un des plus grands dangers de l'extirpation, soit qu'il y ait à craindre l'inflammation et les fusées purulentes dans le médiastin, soit que cette poche devienne un réceptacle impossible à dessécher :

Pour conjurer ces dangers, on doit rejeter tout lavage de la cavité, qui aurait l'inconvénient d'irriter la plaie et de mettre obstacle à la réunion, et d'atteindre gravement, ainsi que le prouve un exemple, les récurrents et les pneumogastriques. Avec des éponges imbibées d'une solution phéniquée faible, on se contente de nettoyer la poche avec soin, de lui faire une minutieuse toilette, et le drainage établi, on applique un

pansement antiseptique et compressif au moyen de protective, éponges, gaze, etc.

Pendant les 48 heures, qui suivent, le malade doit, autant que possible, rester assis, la tête et le thorax élevés, et n'imprimer que de rares mouvements à la trachée, en avalant avec beaucoup de précaution de petites gorgées de liquide : après quelques jours, la déglutition, d'abord douloureuse, devient plus facile ; et les aliments solides peuvent être permis.

Quant aux pansements, l'auteur n'y insiste que pour rappeler que les points de suture peuvent être enlevés de bonne heure.

Sur ses trente et une opérations, M. Julliard n'a eu que cinq morts, deux pendant l'opération, deux autres d'embolie et de pneumonie, et la cinquième sans cause reconnue. Toutes les autres ont été suivies de guérison par première intention.

Comme accident immédiat, l'auteur signale l'aphonie, due à l'irritation ou à la section des récurrents, et comme accident secondaire une raucité persistante qu'il a observée trois fois et qu'il attribue à la compression de ces nerfs par la cicatrice.

Parmi les accidents immédiats, il faut mentionner un cas d'anémie profonde, un autre de pachydermie localisée à la figure et aux mains, et quelques troubles psychiques divers.

L'auteur discute ensuite les trois questions suivantes :

Faut-il extirper les goitres ? Doit-on opérer toute espèce de goitre indistinctement ? Et dans les cas où l'on ne doit pas les opérer sans distinction, quels sont ceux que l'on doit opérer ?

Tout goitre suffoquant, qui n'a pas cédé au traitement iodé, doit être opéré. Tout goitre, qui ne produit pas d'accident, s'il est petit, peut être respecté ; s'il est volumineux et proéminent, il n'y a pas d'hésitation, il ne faut pas craindre d'intervenir ; l'opération a plus de chances de succès que n'importe quelle autre méthode de traitement, telle est la pratique que M. Julliard conseille de suivre. OZENNE.

**I. — Simple réflexion à propos de la note sur 22 opérations de goitre par J. Reverdin et A. Reverdin, par E. RAPIN** (*Revue médicale de la Suisse romande, III*, 413, *juillet* 1883).

**II. — Sur les fonctions du corps thyroïde d'après des documents récents, par H.-Cl. LOMBARD, et discussion de la Société médicale de Genève** (*Idem, p.* 593 *et* 632, *novembre* 1883).

I. — Rapin est tenté d'expliquer les phénomènes crétinoïdes, se développant tardivement chez des opérés de goitre, par une action locale de l'acide phénique agissant à distance sur le grand sympathique.

II. — Déjà, en 1874, l'auteur s'appuyant sur la fréquence du goitre et du crétinisme dans les régions montueuses, avait considéré le corps thyroïde comme un organe hématopoiétique destiné à empêcher l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang, sous l'influence de l'air dilaté des altitudes et par conséquent de l'insuffisance de l'oxygène. C'est ce qu'il appela la cause atmosphérique du goitre et du crétinisme.

Dans le mémoire actuel, se basant sur les récents travaux de J.-L. Re-

verdin, Kocher (*R. S. M.* XXII, 677 et 680), Julliard, il arrive aux conclusions suivantes :

Il existe un crétinisme opératoire qui est caractérisé par l'obscurcissement des facultés et par un arrêt de développement. Il survient à la suite de l'excision totale du corps thyroïde, alors que cette opération a été pratiquée pendant la période de la croissance, c'est-à-dire entre 5 et 20 ans.

On observe également de la faiblesse musculaire, de la bouffissure, du refroidissement ainsi qu'un certain engourdissement des facultés intellectuelles, quoique à un degré moindre. chez les adultes qui ont subi la thyroïdectomie totale.

L'intégrité des fonctions de la thyroïde est d'une importance majeure pour que le corps et l'intelligence se développent normalement dans la jeunesse et se maintiennent chez les adultes. J. B.

**Ueber die Behandlung der Kompressionsstenosen der Trachea nach Kropfexcision (Du traitement des sténoses par compression de la trachée après l'extirpation du goitre), par Th. KOCHER** (*Centralblatt für Chirurgie*, *n°* 41, *p.* 649, 1883).

On sait que, contrairement à Rose, qui attribue l'aplatissement de la trachée et les accidents asphyxiques qu'on observe souvent à la suite de l'extirpation du goitre à un ramollissement des parois de ce conduit, Kocher les rapporte simplement à une déformation par pression, sans altération de structure de la trachée, d'où, pour le chirurgien de Berne, l'inutilité de la trachéotomie préventive ou consécutive dans l'extirpation du goitre.

L'observation suivante, rapportée par Kocher, confirme sa manière de voir :

Une femme de 29 ans subit l'extirpation totale d'un goitre volumineux. Le lobe droit est enlevé le premier et, pendant cette opération, on constate que la trachée, très adhérente au corps thyroïde, est complètement aplatie en fourreau de sabre. La pression atmosphérique en refoulait si fortement la paroi droite contre la gauche pendant les inspirations que, pour enlever le lobe gauche, il fallut accrocher avec une érigne et maintenir écartée la paroi droite du conduit. L'opération terminée, Kocher passe, à l'aide d'une aiguille courbe, un gros fil de catgut dans l'épaisseur des deux parois de la trachée de façon à adosser l'anse du fil au bord antérieur du fourreau de sabre, puis, ramenant en avant les extrémités du fil, il les noue sur ce bord. Les parois latérales de la trachée se trouvent ainsi écartées l'une de l'autre et le bord antérieur saillant refoulé en arrière. Le résultat fut parfait, la trachée demeura libre et la plaie, sous le pansement au bismuth, guérit sans accidents.

Le succès de cette « suture de dilatation », que l'auteur conseille dorénavant dans les cas analogues, démontre que la trachée n'est point ramollie par le goitre, car il a suffi d'une traction excentrique exercée sur un point de la paroi pour maintenir écartée toute cette paroi et, s'il y eut eu ramollissement, la suture périphérique ne pouvant prendre un point d'appui sur le bord antérieur de la trachée, eut rétréci le conduit au lieu de le dilater.

Kocher fait encore remarquer que, lorsque le goitre n'est pas extirpé, cet affaissement de la trachée sous l'influence de la pression atmosphérique ne se produit pas toujours malgré l'existence d'un fourreau de

sabre complet. Les deux lobes et l'isthme du corps thyroïde, auxquels adhère la trachée, jouent dans ce cas le rôle de tuteurs et se comportent absolument comme le fil de catgut dans son opération. DE SANTI.

**De l'excision du goitre parenchymateux, par P. LIEBRECHT** (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, nos 3 et 4, 1883*).

L'auteur de ce volumineux mémoire commence par exposer la bibliographie du sujet qu'il traite, puis, il donne une série de tableaux dans lesquels il note, en abrégé, les principales circonstances qui ont accompagné les opérations de thyroïdectomie pratiquées en Amérique (226 obs.), en France (34 obs.), en Angleterre (30 obs.), en Allemagne (16 ob.), en Italie (10 obs.), en Russie (3 obs.), en Suède (1 obs.) et en Belgique (2 obs.). Chaque observation contient le sexe et l'âge du sujet, la date de l'opération, la description du goitre, les accidents auxquels il donnait lieu et les indications de l'opération, la description et les principales particularités de l'opération, le résultat définitif, enfin, le nom de l'opérateur et la source bibliograhique. L'exposition de ces nombreuses observations constitue la base, la partie réellement fondamentale du travail de l'auteur.

Après un aperçu d'anatomie descriptive et topographique du corps thyroïde, Liebrecht aborde l'étude de l'organisation du goitre, de ses différentes formes, de l'influence qu'il exerce sur les organes voisins, et des troubles fonctionnels qu'il détermine. Puis, il passe en revue les indications et contre-indications d'une intervention chirurgicale ; il expose les différents traitements employés contre le goitre, et il insiste longuement sur le manuel opératoire de la thyroïdectomie.

L'auteur discute les statistiques établies par ses prédécesseurs et établit les résultats de sa propre statistique :

Avant 1851 : 54 cas : 35 guérisons, 17 décès (31, 48 0/0), deux résultats inconnus.

De 1851 à 1876 : 133 cas, 101 guérisons, 27 décès (20, 30 0/0), trois résultats inconnus, deux opérations inachevées.

De 1877 à 1881 : 164 cas : 140 guérisons, 24 décès (14, 63 0/0).

En éliminant les morts qui ne peuvent plus se produire avec les perfectionnements modernes, ou celles qui peuvent avoir lieu dans toutes les grandes opérations, Liebrecht ne trouve, d'après sa statistique des dernières années, qu'une mortalité de 7, 92 0/0 ; pour lui, l'extirpation du goitre parenchymateux peut être pratiquée au même titre que l'extirpation de toute autre espèce de tumeur. F. HENNEGUY.

**Fortsatte bidrag til spörgsmälet om operative indgreb ved lungesydomme (Contribution nouvelle à la question des procédés opératoires dans les maladies des poumons), par E. BULL** (*Nordiskt medic. Arkiv, n° 26, fasc. 4, 1882*).

A propos d'un cas de pneumothorax enkysté traité sans succès par le drainage, l'auteur relève les opérations de ce genre qui ont été faites en vue de remédier à la formation de cavités intra-pulmonaires quelle qu'en soit la nature, et il arrive aux conclusions suivantes :

L'ouverture des cavernes pulmonaires a été faite dans 19 cas. Les ré-

sultats fournis par 5 d'entre eux sont trop incomplets pour pouvoir être utilisés au point de vue statistique. Parmi les 14 autres, 2 sont dus à des cavernes bronchiectasiques, 1 à un abcès consécutif à une pneumonie, 5 à des abcès pulmonaires, 2 à des cavernes tuberculeuses, 1 à un échinocoque du poumon, 3 à des cavernes gangréneuses. Les résultats des opérations peuvent se grouper de la façon suivante : guérison complète, 2 cas (échinocoque, Feuger et Hollister; gangrène, E. Bull); incomplète ; 2, amélioration, 7; état stationnaire, 1; aggravation, 2. C. GIRAUDEAU.

**Plaie singulière du cou produite par un instrument piquant, par JENNY** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 11, *p.* 274, 1er *juin* 1883).

Un homme tombe à la renverse d'une hauteur de 40 pieds, par rupture de l'échelle sur laquelle il était monté pour abattre des fruits. La gaule qu'il tenait dans sa main droite, se brise en touchant le sol et lui pénètre dans le côté droit du cou qu'elle traverse de part en part, en l'embrochant; les deux extrémités libres du bâton font une saillie à droite de 18, à gauche de 7 centimètres; la portion intermédiaire, longue de 13 centimètres, est recouverte d'une épaisse couche de muscles. Pas la moindre hémorragie.

Le bâton avait pénétré dans les tissus, immédiatement au-dessous de l'apophyse mastoïde, à égale distance de l'angle maxillaire et du bord inférieur du lobule de l'oreille. Traversant ainsi l'angle supérieur du triangle cervical antérieur, il s'était enfoncé sous le sternomastoïdien, avait poursuivi son trajet entre la couche musculaire de la nuque et la face postérieure des vertèbres cervicales supérieures, pour venir ressortir du côté gauche, sur le bord externe du trapèze, à 7 centimètres et demi du lobule auriculaire correspondant et à 1 centimètre au-dessus de l'extrémité inférieure de ce lobule, décrivant ainsi un trajet en apparence convexe. Il se trouvait séparé des téguments par une couche de muscles épaisse comme deux doigts ; les deux sternomastoïdiens et le trapèze gauche formaient en particulier une saillie caractéristique.

Le blessé étant chloroformé, Jenny fit choix d'un homme vigoureux pour exercer, avec les deux mains, des tractions sur le long bout du bâton tandis que deux autres assistants fixaient les épaules. Ce n'est que de cette façon qu'on réussit à l'extraire, tellement il était solidement fixé. La perte de sang consécutive se réduisit à quelques cuillerées. Pansement et drainage antiseptiques. Apyrexie. Suppuration peu abondante. Au bout de sept semaines, la cicatrisation était complète. Le blessé souffrait davantage d'une côte qu'il s'était cassée dans sa chute que de sa plaie du cou.

Jenny fait remarquer que ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est que vu le siège et le trajet de la blessure, l'instrument n'ait lésé ni la jugulaire externe, ni les carotides, ni les artères occipitale, auriculaire postérieure, maxillaire interne, ni les nerfs facial, hypoglosse, pneumogastrique, auriculaire postérieur, grand occipital et spinal, ni enfin l'articulation atloïdo-axoïdienne. On ne peut s'expliquer cette bénignité de la blessure que par l'attitude de la tête fortement penchée en arrière et à droite, qui a permis un relâchement du splenius capitis et le passage de l'instrument entre les muscles de la couche profonde et ceux de la couche superficielle de la nuque. J. B.

**The lateral closure of incomplete vein wounds, par Lewis-S. PILCHER** (*Annals of anatomy and surgery, août* 1883).

Braun a étudié dans un travail portant sur 29 cas de ligature latérale

des veines (voy. *R. S. M.*, XXII, 286) les résultats de cette méthode. Pilcher a réuni neuf autres observations, une ligature de la veine fémorale, huit de la veine jugulaire, toutes suivies de guérison. Il conclut de l'examen de ces faits, et d'un certain nombre d'expériences, que la ligature latérale doit être faite dans les cas de plaie n'intéressant qu'une partie du calibre de la veine. Les avantages, d'après lui, sont les suivants : la ligature peut être faite plus vite et sans une dissection aussi étendue des tissus adjacents ; elle augmente les chances d'une réunion par première intention et enfin elle ne supprime pas la fonction du vaisseau. Il suffit, pour qu'elle réussisse, d'employer des fils aseptiques et de s'entourer de toutes les précautions du traitement antiseptique.

Il formule ainsi les règles qui doivent guider le chirurgien :

1° En cas de plaie incomplète d'une veine on doit tenter l'occlusion par ligature latérale en se servant d'un fil non irritant et maintenant la plaie à l'abri de toute infection septique ;

2° Dans le cas de plaie incomplète d'un tronc veineux de la racine des membres, on doit faire la ligature latérale, alors même qu'on sera forcé de se servir d'un fil ordinaire et qu'on n'aura pas sous la main les éléments du pansement antiseptique ;

3° Pour la veine jugulaire interne, si l'on n'a pas le fil aseptique, il faudra recourir de préférence à une ligature double, au-dessus et au-dessous de la plaie, embrassant le vaisseau, qui sera sectionné entre les deux ligatures.

A. CARTAZ.

**Ueber Stillung arterieller Blutungen durch antiseptische Tamponade, im Anschluss an eine Verletzung der Arteria Vertebralis (De l'hémostase des plaies artérielles par le tamponnement antiseptique, à propos d'un fait de blessure de l'artère vertébrale), par E. KUESTER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 737, 26 *novembre* 1883).

En réunissant les statistiques de Kocher (*Langenbeck's Archiv*, XII) et de G. Fischer (*Deutsch. Chirurgie*, *Lief.* 34) on arrive à un total de 40 cas de traumatisme de l'artère vertébrale, sur lesquels 3 seulement, ceux de Warren, de Möbus et de Kocher ont guéri.

C'est de beaucoup le plus fréquemment dans son trajet à l'intérieur du canal des apophyses transverses que cette artère est lésée et l'on en est réduit pour arrêter l'hémorragie, à tamponner la plaie avec du perchlorure de fer. Une suite presque immanquable de cette médication, est la suppuration qui, en détachant le caillot en voie de formation, provoque le retour des hémorragies.

Il était donc indiqué de choisir pour le tamponnement une substance qui, tout en favorisant la formation du thrombus, mette, grâce à ses propriétés antiseptiques, à l'abri de la suppuration.

La gaze iodoformée paraît remplir les deux conditions requises, ainsi qu'il résulte de l'observation publiée par Küster.

Homme de 35 ans, très malade de l'estomac depuis longtemps. L'exploration d'un abcès froid, incisé au niveau de la quatrième vertèbre cervicale droite, révèle une nécrose de l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre cervicale. L'extraction du sequestre mobile est suivie immédiatement d'un jet de sang artériel.

Küster introduit au fond de la plaie un tampon de gaze iodoformée, maintenu par un appareil compressif. L'hémorragie ne se reproduit plus.

Des phénomènes d'intoxication (xanthopsie, paraphasie, délire, etc.) obligent le 11e jour à retirer ce tampon pour lui substituer de la gaze au sublimé.

Au milieu d'une recrudescence des accidents gastriques préexistants, le malade succombe brusquement 19 jours après l'ouverture de son abcès.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire. Rétrécissement du pylore. Ecchymoses gastro-duodénales. Infarctus hémorragiques multiples des reins avec nombreux emboles artériels.

Plaie cervicale complètement aseptique. Perte de substance de l'apophyse transverse de l'axis avec déchirure de l'artère vertébrale. Les deux bouts du vaisseau sont fermés par un thrombus adhérent aux parois et déjà bien organisé.

Cette observation montre donc qu'un tampon de gaze iodoformée peut arrêter définitivement une hémorragie d'une artère ayant le calibre de la vertébrale ; qu'on peut le laisser séjourner 10 jours pleins, sans qu'il occasionne aucun trouble local.

Or, en toute circonstance, dit l'auteur, ce laps de temps est suffisant pour que l'organisation du thrombus soit assez avancée et qu'il n'y ait plus à redouter d'hémorragies.

Les exemples d'hémorrhagies secondaires postérieures au 10e ou au 12e jour de la ligature de gros troncs artériels tiennent en effet à la suppuration ; avec un pansement antiseptique, les conditions sont toutes autres. J. B.

**Ein Schädelsarkom (Un cas de sarcome du crâne), par PAULY** (*Deuts. Gesellsch. f. Chir., XIIe Kongress, Berlin*, 1883).

Pauly présente un homme de 26 ans, maçon, qu'il a opéré, à deux reprises, d'un sarcome perforant du frontal. Le point de départ paraît avoir été, comme on le constate souvent dans l'histoire du sarcome, une verrue et un traumatisme.

La tumeur à large base, de la grosseur d'un demi-œuf, profondément sillonnée à sa partie médiane et placée immédiatement au-dessus du sourcil droit, fut cernée, en mars 1882, par une rapide incision périphérique. L'hémorragie fut modérée. — On vit alors qu'il existait dans le frontal une perforation de la grandeur d'un thaler, remplie par une masse rougeâtre, laquelle, après l'excision d'un petit fragment osseux du côté de la tempe, fut facilement séparée de la dure-mère à l'aide de la pince et de ciseaux courbes. La dure-mère était intacte. On renonça à faire une autoplastie immédiate. Pansement classique de Lister. Très faible réaction. Température maximum : 38°,3.

Première récidive locale, à la fin de mai, dans la région de la glande lacrymale. Extirpation. L'opération fit encore voir la dure-mère intacte en apparence. Pas de pulsations du cerveau. Lorsque la plaie se remit à granuler, un oculiste, Wicherkiewicz y pratiqua huit greffes cutanées de 2 à 4 millimètres de longueur sur 1 à 1 millimètre 1/2 de largeur, empruntées à la peau de la paupière d'un autre malade et au bras même du patient. Ces greffes réussirent toutes si bien, qu'il n'y eut pas d'ectropion.

Seconde récidive locale, à la fin d'octobre, dans l'angle interne de l'œil. L'opération, entreprise dans le sommeil morphino-chloroformique, montra une récidive très étendue qui exigea la résection au ciseau de toute la paroi du frontal, depuis la racine du nez jusqu'au cuir chevelu et jusqu'à la tempe; une partie de la voûte orbitaire fut même enlevée à la gouge. La dure-mère

dut ensuite être réséquée, opération qui ne nécessita qu'une ligature. Température inférieure à 39°. Il se fit cependant une hernie cérébrale peu considérable qui se réduisit spontanément.

Le patient refusa toute opération ultérieure, même la greffe, de telle sorte que cette énorme brèche se combla à l'aide d'une cicatrice mince comme une feuille de papier, pulsatile et étoilée; il s'est fait aussi un fort ectropion. — La perte de substance osseuse, facile à limiter à la palpation, a 7 millimètres de longueur et 6 de largeur. — Malheureusement, depuis le mois de février 1883, il s'est montré un ganglion de la grosseur d'une noix dans la région parotidienne droite. DE SANTI.

**Heilung eines Amputationsstumpfes nach vollständiger Ausräumung des Knochenmarkes (Guérison d'une amputation après l'évidement complet de la moelle), par E. KUESTER** (*Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chir.*, 12e *Congress*, 1883).

Le malade, âgé de 28 ans, avait eu dans son enfance une ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur, qui guérit après l'extraction d'un sequestre; 15 ans plus tard l'ostéomyélite récidiva du même côté, toute l'extrémité inférieure du fémur se nécrosa, l'état général s'altéra profondément et Küster dut pratiquer l'amputation de la cuisse à sa partie moyenne. Mais pendant l'opération, il s'aperçut que la moelle osseuse était infiltrée de pus, c'est pourquoi il pratiqua, à l'aide d'une curette, l'évidement du canal médullaire jusqu'au grand trochanter et introduisit dans ce long canal osseux un drain qui ressortait par la plaie.

La guérison se fit lentement après la formation d'un trajet fistuleux; enfin elle eut lieu par une cicatrice fortement adhérente à l'os. DE SANTI.

**Étude sur la restauration de la lèvre inférieure, par G. IMBERT** (*Thèse de Lyon*, 1883).

L'auteur de ce travail étudie rapidement les divers procédés d'autoplastie de la lèvre inférieure dans les cas de cancroïde et nous fait connaître un nouveau procédé, dû à M. Léon Tripier, et qu'il appelle : restauration du bord libre au moyen d'un lambeau muqueux en forme de pont.

Ce qu'on peut reprocher, en effet, à presque tous les procédés d'autoplastie de la lèvre, c'est l'absence d'une doublure muqueuse qui s'oppose à la rétraction du lambeau et restitue à la nouvelle lèvre son aspect et ses fonctions premières. Delpech, Serre et Dieffenbach avaient déjà agité ce problème. M. Tripier l'a résolu de la façon suivante : Le néoplasme ayant été enlevé par une incision passant à 1 centimètre de sa périphérie, si la perte de substance qui en résulte est assez considérable pour nécessiter une autoplastie, on restaure la portion cutanée de la lèvre à l'aide des procédés ordinaires (Dieffenbach, Camille Bernard, Sédillot, Syme, etc.), mais de préférence à l'aide du procédé de Langenbeck modifié par Volkman et Trélat, puis, sur la face buccale de la portion restante de la lèvre, au-dessous de la plaie, ou taille, d'une commissure à l'autre, un lambeau de muqueuse en forme de pont; on remonte ce pont jusqu'à la hauteur du bord libre de la nouvelle lèvre en respectant, bien entendu, ses insertions commissurales et on suture son bord supérieur au bord supérieur du lambeau cutané.

C'est, comme on le voit, la transplantation d'une bandelette de mu-

queuse, analogue à celle qui se fait dans l'opération du trichiasis par les procédés de Arlt et de Warlomont. Si la hauteur de la portion restante de la lèvre, après l'extirpation, n'est pas assez considérable pour donner un lambeau muqueux de la hauteur suffisante, on taille le pont en partie aux dépens de la portion restante de la muqueuse labiale, en partie aux dépens de la partie inférieure de la muqueuse gingivale. Si même la destruction de la lèvre était complète, on pourrait emprunter le lambeau muqueux à la lèvre supérieure; en effet, les points fixes du pont muqueux étant dans les deux cas les commissures, on peut indifféremment se servir de la muqueuse de la lèvre inférieure qu'on élève ou de la muqueuse de la lèvre supérieure qu'on abaisse. Quand le néoplasme atteint une des commissures, l'une des insertions du lambeau sera toujours au niveau de la commissure saine, l'autre se trouvera sur la lèvre immédiatement en dehors de la lésion, c'est-à-dire qu'on taillera l'extrémité du pont un peu sur la muqueuse génienne.

L'hémorragie n'est pas à craindre pendant la confection de ce lambeau muqueux, mais un accident, qui nous paraît plus fréquent et plus regrettable que ne semble le penser M. Imbert, est la gangrène de ce pont. Sur les trois observations qui terminent ce travail il y eut une fois l'atrophie de la portion moyenne du lambeau muqueux et une fois gangrène à peu près complète. C'est aussi ce qui se passe presque toujours dans la transplantation du bord ciliaire par le procédé de Warlomont.

Pour la restauration de la partie cutanée de la lèvre, M. Tripier préconise surtout le procédé de Langenbeck pur ou modifié par Volkmann; c'est à peu près le procéde à un seul lambeau latéral, taillé aux dépens du menton, que M. Trélat présentait en 1877 à la Société de chirurgie; les avantages de ce lambeau sont l'absence de torsion de son pédicule et le soutien qu'il trouve dans l'éperon de peau, adhérent au maxillaire, qui le séparait de la plaie avant son déplacement.

M. Tripier commence toujours par enlever les ganglions malades, puis il extirpe la tumeur; si la perte de substance est considérable, il taille alors le lambeau cutané de Langenbeck et restaure la face cutanée de la lèvre, puis il dissèque au bistouri ou taille par transfixion le pont muqueux à la face postérieure de la lèvre, mobilise et relève ce pont, suture son bord supérieur au bord supérieur du lambeau cutané, et quelques points de suture au bord inférieur du lambeau muqueux pour empêcher son recroquevillement et panse à l'onguent borique ou à la gaze iodoformée. Si après l'extirpation de la tumeur la lèvre conserve encore une hauteur suffisante, bien qu'il ne fasse pas d'autoplastie cutanée, M. Tripier taille encore son pont muqueux qu'il suture au bord de la plaie cutanée; il obtient ainsi un résultat esthétique très supérieur à celui qui pourrait donner la simple réunion de la peau à la muqueuse, sans déplacement de celle-ci.

Sur trois observations, comme nous l'avons dit, une seule a donné ce résultat et il s'agit dans ce cas d'une simple excision du bord libre sans autoplastie cutanée. DE SANTI.

**Ueber das Wesen des sogenannten chirurgischen Scharlachs (Scarlatine chirurgicale), par KONETSCHKE** (*Wien. med. Presse*, *n°* 47, 1882).

Un garçon de 9 ans est atteint, le 12 août, de fracture compliquée de la jambe,

due au passage d'une roue de voiture. Le 14 août la température s'élève à 40° et on constate un exanthème scarlatiniforme qui occupe toute la surface des téguments, acquiert, le 15 août, son maximum d'intensité et persiste six jours pour disparaître ensuite brusquement et donner lieu à une desquamation par grands lambeaux.

Le 26 août, second accès de fièvre et nouvel exanthème durant seulement deux jours, suivi de desquamation.

Le 3 septembre les mêmes accidents se reproduisent; l'exanthème dure quatre jours, et la desquamation s'effectue comme précédemment.

La première éruption s'est accompagnée de vésicules comme la scarlatine miliaire. Dans aucun cas des accès on n'a pu constater d'angine ni de gonflement des ganglions sous-maxillaires.

Au bout de huit semaines, la fracture est consolidée, la plaie est guérie. Grâce au pansement antiseptique la suppuration n'a jamais été abondante.

L'exanthème signalé dans cette observation ne peut assurément pas être confondu avec la scarlatine vraie. Il ne s'est pas accompagné d'angine, il est survenu à trois reprises chez le sujet dans un court espace de temps en donnant lieu chaque fois à une rapide desquamation, il ne s'est propagé enfin à aucun des malades du voisinage. Il constitue la manifestation d'un principe septique dû au traumatisme. L. GALLIARD.

**De la scarlatine chirurgicale, par Louis BATUT** (*Thèse de Paris*, 1882, *n°* 349).

On ne doute plus aujourd'hui, depuis les observations de Paget et de Trélat, de la fréquence de cette complication chez les opérés. Mais l'étiologie prête encore aux discussions. Dunoyer pense que l'opéré offre un milieu de moindre résistance, et une vulnérabilité, une réceptivité plus grande. A l'appui de cette manière de voir, on pourrait citer les cas observés par Rydygier et qui concernent des médecins fréquemment et impunément en contact avec des scarlatineux avant le traumatisme qui provoqua chez eux le développement de l'éruption. Telle n'est pourtant pas l'opinion à laquelle se rattache Batut. Pour lui, la contagion est difficile à préciser dans tous les cas, et le plus souvent, il faut incriminer comme source d'infection des scarlatines frustes méconnues.

L'influence de cette complication sur les plaies est toujours mauvaise; elle en retarde la cicatrisation et parfois favorise la septicémie.

Deux tableaux résument les points principaux de 111 observations, chiffre le plus considérable qui ait été recueilli jusqu'ici. JULLIEN.

**Des résections et des amputations chez les tuberculeux, par L. OLLIER** (*Lyon méd.*, 27 *mai* 1883).

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les résections articulaires pratiquées chez les tuberculeux peuvent donner des succès durables. Elles permettent non seulement d'obtenir une guérison locale, mais encore d'enrayer les accidents généraux qui ont leur source dans l'absorption des produits des foyers tuberculeux articulaires.

2° La gravité de la tuberculose est très variable ; il y a des tuberculoses qui restent longtemps locales ou qui paraissent telles, tant leur marche est lente, tant elles tardent à s'accompagner de phénomènes généraux. La question de terrain paraît avoir une influence capitale.

3° Il est probable que, dans ce groupe anatomique des lésions tuberculeuses, il y a des affections pyogéniques de nature diverse. L'histologie ne nous a pas fourni jusqu'ici le moyen de faire ces distinctions. L'inoculation et l'étude du microbe tuberculeux nous permettront probablement d'établir bientôt des différences que nous ne pouvons que soupçonner aujourd'hui. Nous devons, en attendant, établir notre pronostic et nos indications opératoires sur la marche de l'affection et les caractères cliniques.

4° Les résections articulaires chez des sujets qui présentent tous les signes anatomiques et cliniques de l'affection tuberculeuse nous ont permis d'obtenir des guérisons qui se maintiennent depuis quinze ans et plus.

5° Les amputations doivent être préférées aux résections dans les formes graves de la tuberculose articulaire surtout pour les lésions des membres inférieurs. On doit y recourir lorsqu'il importe de supprimer sans retard une suppuration menaçante pour la vie.

6° En principe, les amputations mettent plus à l'abri de l'infection secondaire que les résections ; mais elles ne constituent jamais une opération radicale. Les ganglions profonds et inaccessibles, déjà envahis par la tuberculose, subsistent dans l'un et l'autre cas.

7° Une résection, suivie d'une guérison locale complète, c'est-à-dire de la cicatrisation définitive de la plaie opératoire, n'expose pas plus que l'amputation à l'infection tuberculeuse secondaire.

8° L'hygiène, les médications générales ont une grande importance pour la modification du terrain sur lequel peut se développer la tuberculose. Les modificateurs locaux peuvent détruire les tissus tuberculeux et les transformer en tissu cicatriciel stable ; cette transformation s'opère du reste, spontanément chez beaucoup de sujets, chez les enfants surtout. Malgré l'inoculabilité de ses produits, la tuberculose ne peut pas être assimilée au cancer, soit au point de vue du pronostic, soit au point de vue des indications thérapeutiques. A. C.

**Sur la température des articulations, par REDARD** (*Bullet. de la Soc. de chir.*, 354, 1882).

L'auteur s'est servi d'un appareil thermo-électrique, tel que ceux employés par Nobili et par Haukel, et a constaté les résultats suivants :

1° A l'état normal, la moyenne des chiffres obtenus pour les articulations principales est de :

| | | |
|---|---|---|
| Genou..... | face antérieure..... | 33° |
| | face postérieure, creux poplité ..... | 35.5 |
| Art. tibio-tars. | face antérieure..... | 34 |
| | faces latérales..... | 33.5 |
| | face postérieure ..... | 33.5 |
| Coude..... | face antérieure..... | 35.5 |
| | face post. au niveau des culs-de-sac.... | 33 |
| Poignet..... | face antérieure..... | 33 |
| | face postérieure..... | 30.5 |

On voit que la température est toujours plus élevée dans le sens de la flexion, c'est-à-dire du côté des vaisseaux.

2° Dans les traumatismes, les résultats ont été les suivants :

Pour l'*entorse*, la température s'élève et atteint son maximum vers

le deuxième jour et diminue à partir du quatrième. Dans certains cas d'entorse compliquée et même simple, la température reste élevée pendant longtemps, et même bien que le membre paraisse en apparence être revenu à la normale.

Dans les épanchements sanguins articulaires, la température s'élève, du troisième au quatrième jour, pour rester plus ou moins élevée, suivant la nature de l'arthrite consécutive.

L'arthrite traumatique s'accompagne d'une élévation de 2° à 3°, et si la suppuration se produit, la chaleur s'approche beaucoup de celle du rectum ; mais dans aucun cas la température articulaire ne dépasse la température générale.

Dans les épanchements articulaires consécutifs à des fractures (hydarthrose consécutive à la fracture du fémur), la température de l'articulation voisine de la fracture s'élève quelques heures après l'apparition de l'épanchement, ce qui indique que, dans ces cas, il existe une contusion ou un ébranlement articulaire avec arthrite et non une simple infiltration de liquide.

3° Dans les arthrites aiguës, d'origine rhumatismale blennorragique, puerpérale, l'élévation thermique locale est considérable ; elle n'est pas bornée à l'articulation, mais se répand à son voisinage et même à tout le membre correspondant.

L'hydarthrose fait monter la température de 5 dixièmes à un degré.

Les corps étrangers articulaires s'accompagnent souvent d'une élévation locale de la température qui indique la coexistence d'une infiltration articulaire.

Dans les tumeurs blanches, au niveau des fongosités superficielles, la température locale est plus élevée de 3 à 5 dixièmes.

Dans les ankyloses anciennes, on trouve souvent des élévations de la température locale de 5 dixièmes à 1 degré. Ces élévations indiquent un certain degré de persistance d'infiltration articulaire. L'étude de ces cas pourra fournir d'utiles indications pour le traitement. L. JULLIEN.

**Vorstellung eines Falles von Myositis ossificans (Présentation d'un cas de myosite ossifiante), par KUEMMELL** (*Verhandl. der deutschen Gesellsch. für Chir., XII^e Kongress*, 1883).

Kümmell présente un enfant de 12 ans, né de parents soi-disant sains et atteint de l'affection appelée myosite ossifiante progressive.

14 jours après sa naissance, cet enfant fut confié à sa nourrice actuelle, qui, à cette époque, aurait déjà remarqué une notable difformité de la colonne vertébrale et une diminution de la motilité des deux bras. Dans la 2^e année se formèrent au dos de nombreuses tumeurs fluctuantes qui durcirent graduellement et finirent par acquérir la consistance de tumeurs osseuses. En même temps se montrèrent des noyaux d'induration dans quelques groupes musculaires. — Depuis l'âge de 7 ans l'enfant va à l'école et sa santé ne l'avait jamais obligé de la manquer, quand, au mois de juillet 1882, apparut subitement un gonflement du genou gauche qui se plaça dans la flexion. C'est pour remédier à cette difformité que le malade est entré à l'hôpital général de Hambourg, dans le service de Schede. — Son état général a toujours été bon : la maladie, jusqu'à cette époque, a complètement évolué sans douleurs.

L'enfant est, malgré la gravité de son affection, relativement bien cons-

titué. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. Pas de troubles apparents de la circulation ni de l'innervation.

L'attitude du malade est caractéristique : il porte la tête en avant et sur le côté, la partie supérieure du corps légèrement infléchie sur les hanches.

A la région occipitale se trouve une saillie osseuse de la grosseur d'une noisette, et, sur la portion droite de l'occipital, on sent une exostose de la largeur du pouce et de 5 centimètres de longueur environ. Le reste de la tête, et spécialement les muscles de la face, sauf une cicatrice accidentelle sur la bosse frontale gauche, sont complètement normaux. L'entrée et la déglutition des aliments sont faciles. Le plancher de la bouche est transformé en une masse fibreuse dense qui englobe aussi l'hyoïde et le cartilage thyroïde. Les deux portions du sterno-cléido-mastoïdien forment des ligaments denses, fibreux, rétractés.

Le thorax est complètement déformé. Le côté droit de la cage thoracique déborde le gauche; les muscles pectoraux sont fortement atrophiés; leurs tendons, transformés en productions osseuses, rugueuses, adhèrent aux 3 et 4e côtes et se fixent à l'humérus, empêchant presque complètement l'abduction du bras. La respiration est surtout abdominale.

Peu de modifications aux muscles de l'abdomen. Toutefois, de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche part un faisceau dense et fibreux, muni de prolongements osseux, qui se dirige vers l'ombilic; puis on constate, sur le bord externe du muscle grand droit, du côté droit, un noyau dur et calleux.

Les lésions les plus étendues, celles qui sautent aux yeux de prime abord, et qu'on retrouve dans les faits déjà publiés, se rencontrent au dos. La colonne cervicale tout entière est raccourcie, le ligament de la nuque épais et dur, la colonne dorso-lombaire affectée d'une scoliose moyenne. A partir et au-dessous de la 7e vertèbre dorsale, les apophyses épineuses et les ligaments sus-épineux correspondants sont confondus en une masse rigide en forme de sablier dont l'apophyse épineuse de la 7e dorsale, sous l'aspect d'une tumeur osseuse du volume d'un œuf environ, forme le renflement supérieur, et dont le renflement inférieur est formé par une tumeur analogue au niveau des apophyses épineuses des 11e et 12e dorsales. En outre, à la hauteur des 3e et 4e lombaires, naissent deux longs prolongements osseux divergents, d'un pouce d'épaisseur, qui se dirigent vers la crête iliaque, où ils font une forte saillie. Le long des fibres des grands dorsaux, à la paroi postérieure des deux aisselles, s'étendent des bandes osseuses de deux travers de doigt environ qui, absolument rigides à gauche, un peu mobiles à droite, se prolongent jusqu'à l'humérus.

Les deux psoas sont transformés en masses denses et fibreuses. Rien au bassin ni aux parties molles qui l'entourent.

Les muscles des deux bras sont mous. Le coraco-brachial droit est transformé en une bandelette osseuse compacte. Dans la gouttière de torsion de l'humérus gauche se trouve une exostose à large base, du volume d'une pomme. Les mouvements de rotation des deux épaules sont libres; l'avant-bras, les mains, le coude et le poignet, des deux côtés, intacts.

Les deux membres inférieurs sont légèrement fléchis sur le bassin. Les deux grands trochanters, fortement épaissis, font une saillie considérable. La longue portion du biceps crural est transformée en une tumeur compacte, en partie ossifiée, qui se prolonge jusqu'à la tubérosité de l'ischion sous forme d'un faisceau rigide traversé par de minces aiguilles osseuses. Les tendons du bord interne du creux poplité, et surtout le demi-tendineux, forment des masses fibreuses denses. Les deux pieds sont normaux, sauf les deux gros orteils, qui offrent une difformité similaire remarquable. La première phalange de cet orteil manque complètement, et la phalange unguéale, des deux côtés, répond au cunéiforme dont elle est séparée par une capsule articulaire

assez lâche. Les deux gros orteils se terminent à la hauteur du premier espace interphalangien du deuxième orteil.

Le malade fut soumis à l'extension par les poids pour redresser ses genoux et ses hanches.

Le 15 mars, on fit l'extirpation d'une travée osseuse de 7cm 1/2 de longueur environ, munie de nombreuses aspérités osseuses. Cet os était situé en dedans de la ligne axillaire, immédiatement sur la 4e côte, et était intimement soudé à la portion acromiale de la clavicule. La plaie guérit par première intention.

L'excitabilité faradique est manifestement diminuée dans les muscles dégénérés.

De ce fait, Kümmell croit pouvoir formuler les données suivantes sur la question de la myosite ossifiante progressive :

1° La myosite ossifiante progressive est une affection congénitale constitutionnelle ou le résultat d'une prédisposition à cette affection ;

2° Le plus souvent symétrique, elle peut atteindre presque tous les muscles striés qui recouvrent le squelette externe et même les muscles psoas, comme dans le cas actuel ;

3° Elle se manifeste par des poussées isolées d'inflammation subaiguë, entre lesquelles peuvent exister, malgré la gravité de la maladie, des intervalles plus ou moins longs d'accalmie apparente ;

4° Elle débute, en général, par la colonne vertébrale et les muscles du dos, en provoquant une difformité plus ou moins apparente du squelette du tronc ;

5° Elle est quelquefois combinée avec des formes en général rares de malformation symétrique (microdactylie) ;

6° On peut distinguer, dans la myosite ossifiante, trois stades pathologiques tantôt cliniquement bien distincts, tantôt confondus les uns dans les autres ;

7° La phase terminale du développement de l'affection consiste en un processus d'ossification qui part du système osseux, des tendons et des aponévroses, du tissu cellulaire lâche intermusculaire, et enfin du tissu intramusculaire. Ce n'est jamais une infiltration calcaire du tissu musculaire.

Kümmell a ajouté la remarque suivante en corrigeant ses épreuves : « Depuis 3 semaines environ, on peut constater des progrès rapides de l'ossification, qui semblait silencieuse depuis un an. Le muscle biceps brachial, intact jusqu'à ce jour, est transformé en une masse osseuse rigide ; l'articulation du coude gauche est complètement ankylosée à angle droit. Quelques tumeurs à l'occiput, qui, peu de jours auparavant, simulaient encore des abcès fluctuants de la grosseur d'une noix, sont déjà transformées en exostoses solides. »

Dans la discussion qui a suivi cette communication, Partsch (de Breslau) mentionne un fait analogue qu'il a publié dans *Breslauer aerztlicher Zeitschrift*, 1882, n° 6. Les points importants de ce fait sont la concordance de la myosite ossifiante avec une difformité des orteils déjà notée dans une observation précédente, la diminution du chiffre des sels calcaires de l'urine, qui ne représentaient plus que 1/10 du chiffre normal, et l'influence pathologique du traumatisme sur les poussées d'ostéogénèse. — Uhde a traité sans succès un cas identique chez un garçon de 16 à 17 ans ; mais il a pu voir que le traumatisme ne jouait aucun rôle sur

les poussées d'ossification. — Von Langenbeck en a observé deux cas; dans aucun de ces cas le squelette ne participait à l'altération des muscles; l'urine, en outre, était normale. — Kümmell ajoute que l'urine de son malade est normale aussi; il fait remarquer, à propos de la rapidité de la marche de l'ossification, qu'une tumeur qui, deux jours auparavant, était encore molle sur la tête de l'enfant, semble déjà ossifiée.

DE SANTI.

**De la hernie et de la pseudo-hernie musculaires, par NIMIER** (*Arch. gén. de méd., septembre* 1882).

Le travail de M. Nimier est une étude très complète des hernies et pseudo-hernies musculaires. L'auteur a surtout cherché à établir un parallèle des deux affections. Leur mécanisme est différent : il varie pour la hernie musculaire suivant qu'elle se déclare lentement ou brusquement. Dans le premier cas, habituel chez les cavaliers, et il s'agit fréquemment d'une hernie du moyen adducteur de la cuisse, la contraction presque permanente du muscle, ou mieux la série de ses contractions rapides et nombreuses, fatigue l'aponévrose : d'où une dissociation insensible de ses fibres et finalement une solution de continuité permettant aux fibres musculaires de s'échapper. Pour la hernie musculaire à début brusque, l'auteur admet avec Mourson qu'un mouvement énergique et rapide peut déchirer l'aponévrose et produire ainsi l'issue du muscle, mais souvent alors la hernie se complique de rupture musculaire, c'est-à-dire de pseudo-hernie. Celle-ci peut succéder à la rupture du corps charnu du muscle ou de son tendon ; de plus elle peut s'accompagner ou non d'une solution de continuité de l'aponévrose ; elle est produite plutôt par un effort brusque que par des efforts répétés.

Le début de la hernie musculaire, suivant le mécanisme indiqué sera insidieux, et c'est par hasard que le malade s'aperçoit de la tumeur, ou brusque et dans ce cas est alors marqué par une vive douleur, quelquefois un bruit de craquement au moment de la rupture aponévrotique. C'est de la même manière que se manifeste la pseudo-hernie, mais un signe caractéristique apparaît bientôt, c'est l'ecchymose. Les symptômes physiques de la hernie peuvent être ainsi résumés : intégrité des téguments, matité, modifications de volume et de densité en rapport avec l'état des muscles, orifice aponévrotique parfois appréciable. La tumeur dans la pseudo-hernie est surtout remarquable par ses modifications au moment de la contraction musculaire; si le corps charnu du muscle est rompu, les deux extrémités revenues sur elles-mêmes, forment deux tumeurs réunies par une bandelette fibreuse. Enfin, si la douleur est vive au début de la pseudo-hernie, elle est plus persistante dans la hernie où elle se manifeste sous forme de crampes avec sensation de faiblesse dues à l'étranglement du muscle au moment de sa contraction, par l'orifice aponévrotique.

Le traitement, qui, dans la pseudo-hernie, est purement palliatif et réduit à l'application d'un appareil contentif et compressif, doit être plus radical dans la hernie où il importe de provoquer la fermeture de l'orifice aponévrotique. L'auteur propose dans ce but l'application de caustiques au devant de la tumeur afin de provoquer à ce niveau une cicatrice résistante.

P. MERKLEN.

**Évolution de la pustule maligne chez l'homme ; son traitement par les injections iodées, par A. RICHET** (*Gaz. des hôpitaux*, 24 *avril* 1883 *et Bull. de l'Acad. des sciences*, 16 *avril* 1883).

Obs. 1re. — Boucher, atteint de pustule à la joue droite : plusieurs injections d'iode et cautérisation ignée : cependant, aggravation des phénomènes généraux et mort en 48 heures.

Dans ce cas, il y avait infection généralisée, et le traitement local a échoué. Le liquide de la pustule et le sang, inoculés à des animaux, avaient donné lieu à l'infection charbonneuse et à la mort.

Obs. 2e. — Boucher, atteint de pustule à la joue le 1er mars. Le 5, courbature, abattement, élévation de la température ; œdème dur et douloureux autour de la pustule; gonflement de la face et du cou; engorgement ganglionnaire. Pas de bactéridies dans le sang ni dans le sérum; dans ce dernier, spores et granules : seize injections iodées en deux séances; amélioration et, en quelques jours, guérison.

Le résultat des cultures et des inoculations a été le suivant :

1° Les liquides pris autour de la pustule et inoculés à des cobayes ont communiqué à tous l'infection charbonneuse ;

2° Ces liquides ont donné naissance à des générations de bacillus anthracis, qui ont à leur tour déterminé le charbon ;

3° Résultat négatif avec le sang;

4° Après les injections iodées, les inoculations sont restées infructueuses.

A l'occasion de ces deux cas, M. Richet fait remarquer que le premier démontre que, si les bactéridies ou leurs spores ont déjà pénétré dans le sang, tout traitement local est insuffisant, et, d'autre part, que le second prouve que, malgré la virulence extrême de l'intoxication charbonneuse, alors qu'il n'y a pas encore infection générale, on peut enrayer le mal par une action locale énergique. OZENNE.

**Fibrome de l'aponévrose palmaire, par BUSCH** (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 48, *p.* 692, 29 *novembre* 1880).

Chez une femme âgée de 30 ans, s'était, en quelques années, développée, dans la paume de la main, au voisinage du poignet, une tumeur ayant presque la dimension d'un œuf de pigeon. Elle était légèrement bosselée à la surface et avait la consistance d'un fibrome. Les muscles de l'éminence thénar étaient atrophiés; sensation d'engourdissement dans les trois premiers doigts. Les pressions exercées sur la tumeur provoquaient de la douleur qui irradiait jusqu'à l'extrémité des trois premiers doigts.

Le diagnostic pouvait hésiter entre un névrome du médian et une tumeur fibreuse de l'aponévrose, déterminant par compression des branches du médian, les troubles trophiques et sensitifs signalés. La circonstance que cette tumeur et l'aponévrose elle-même adhéraient en quelques points d'une façon intime avec les téguments, décida Busch à admettre l'origine aponévrotique de cette tumeur.

Après l'extirpation, qui nécessita l'excision d'un fragment considérable de l'aponévrose, on vit sur les coupes de la tumeur des filaments blancs isolés dans un tissu blanc, tendineux, uniforme. A l'examen microscopique, on reconnut que ces filaments étaient des faisceaux de fibres élastiques.

Deux mois après l'opération, l'atrophie des muscles thénar avait à peu près disparu et il ne subsistait d'autre trouble de sensibilité qu'à l'extrémité de l'index. J. B.

# OPHTALMOLOGIE.

**Hygiène de la vue, par SOUS** (*in*-8°. *Paris*, 1883).

Les yeux doivent être l'objet de beaucoup de soins, car ils contribuent pour une grande part aux charmes et aux besoins de la vie. Cette phrase qu'écrivait Celse au Ier siècle, pourrait servir d'épigraphe au livre que présente aujourd'hui le Dr Sous, et qui contient plusieurs chapitres d'un intérêt pratique.

Les deux premiers chapitres contiennent des notions générales sur l'hygiène de la vue, l'œil et la vision.

Le chapitre III s'occupe de la vue dans la première enfance. L'auteur recommande d'abord le lavage des yeux du nouveau-né, immédiatement après l'accouchement, de façon à prévenir l'action nuisible des micrococcus, puis il s'occupe de l'ophtalmie purulente déclarée. Il démontre, ensuite, l'action nuisible de la vive lumière et du froid sur les yeux de l'enfant, et signale les dangers des oreillers de balle d'avoine si souvent cause de la pénétration de corps étrangers dans l'œil. Il veut aussi qu'on surveille les premières manifestations de l'acte visuel de l'enfant vers le sixième mois, afin de prévenir le strabisme qui apparait fréquemment à cette époque.

Dans le chapitre IV, consacré à la vue dans la seconde enfance, le Dr Sous signale le danger des traumatismes, puis s'occupe des soins de propreté, de l'influence de la mauvaise dentition sur l'apparition des lésions oculaires et de l'action nocive des fièvres éruptives sur l'organe de la vision. L'hygiène scolaire est ensuite étudiée. Les salles d'asile seront vastes, bien aérées, éclairées par en haut ou par le côté gauche ; on y emploiera un éclairage artificiel aussi intense que possible ; dans ce but on utilisera l'huile de colza ou tout au moins le gaz d'éclairage, pourvu que chaque bec soit bien fixé et entouré d'un verre cylindrique. Le mobilier scolaire sera approprié à la taille de l'enfant, les pupitres auront une inclinaison convenable. On surveillera l'écriture qui sera aussi droite que possible. Les livres d'étude, bien imprimés en caractères nets, formant des lignes peu étendues avec un bon interlignage, seront tenus à une distance d'au moins trente-trois centimètres de l'œil.

Le chapitre V, s'occupe de l'influence des professions sur la vue, et l'auteur groupe sous quatre chefs les causes nuisibles à l'œil :

1° L'intensité de la lumière; 2° les poussières; 3° les vapeurs ou les gaz; 4° les éclats de la matière produisant les traumatismes.

C'est de la lumière et de son influence sur l'organe visuel que s'occupe le chapitre VII.

Dans le chapitre suivant, le Dr Sous étudie les divers modes d'éclairage artificiel magnésium, chandelles, bougies, huiles, essences, gaz, lumière électrique ; il recommande aux personnes appelées à travailler à la lumière artificielle de se servir d'une lampe à huile ordinaire, éclairant bien

et placée soit en arrière, soit à gauche du lecteur ou de l'écrivain, mais jamais de façon à ce que les rayons lumineux frappent directement l'œil.

Le chapitre IX parle des influences des variations atmosphériques sur la vision, tandis que le chapitre X donne des détails sur l'habitation au point de vue de l'hygiène oculaire et démontre tout particulièrement le mauvais effet de la lumière mal distribuée.

Dans les chapitres qui suivent, nous trouvons une étude toujours faite au même point de vue, des aliments, des boissons, du sommeil, de l'exercice et du repos. Dans la partie du volume consacrée aux bains, nous avons remarqué ce qui a trait aux bains de vapeur et aux bains de mer, et nous avons cru reconnaître plusieurs conseils d'une grande utilité pratique.

Tout ce qui a trait aux eaux minérales, au choix des lunettes dans les différents troubles de réfraction est ensuite étudié.

Le volume se termine par une étude fort intéressante des cosmétiques et de la prothèse oculaire. A. TROUSSEAU.

**Refractionsveränderungen im Laufe von sechs Jahren, an 85 Schülern beobachten (Changements de la réfraction observés en 6 ans sur 85 écoliers), par REICH** (*Archiv f. Ophthalm., Band XXIX*, 2).

14 0/0 de ceux qui autrefois avaient été hypermétropes, étaient devenus myopes; 44 0/0 d'emmétropes étaient myopes; et, chez 81 0/0 de myopes, la myopie avait augmenté.

Plus de la moitié d'anciens emmétropes étaient restés emmétropes; les yeux emmétropes étaient restés stationnaires en plus grand nombre; de même les yeux myopes n'avaient pas notablement augmenté le degré de l'affection.

Des 44 myopes qu'on put retrouver au bout de six ans, 41 0/0 avant ce temps étaient emmétropes, 27 0/0 hypermétropes, et 32 0/0 myopes.

Les myopies les plus intenses appartenaient à des individus déjà myopes antérieurement.

Des excavations papillaires ne se trouvaient qu'en petit nombre, mais chez les plus forts myopes.

La myopie augmentant dans les écoles, il faut en accuser le travail de près qu'on impose de nos jours. ROHMER.

**Experimentelle Untersuchungen über den Druck in der Augenkammer (Recherches expérimentales sur la pression intra-oculaire), par HŒLTZKE** (*Archiv f. Ophthalm., Band XXIX*, 2).

L'auteur se sert pour ses mensurations d'un double manomètre. A travers la cornée et parallèlement à l'iris, il introduit dans la chambre antérieure une canule modifiée de Lebert, à pointe coupante. Après avoir fixé l'œil, on fait une contre-ponction au côté opposé. On empêche l'écoulement de l'humeur aqueuse, en donnant à la canule une forme conique; l'ouverture de la canule est située sur le côté, c'est-à-dire vis-à-vis de la pupille. Un stylet renfermé dans la canule permet d'obturer son orifice pendant la ponction; puis le stylet enlevé, la pression intra-oculaire

redevient normale, d'élevée qu'elle était à cause de la présence de la canule.

Les résultats principaux qu'on a obtenus sont les suivants :

La dilatation de la pupille provoque une augmentation de pression ; le resserrement, au contraire, une diminution. L'ésérine, par son action propre, augmente la pression, laquelle est non seulement compensée, mais même diminuée par le myosis concomitant. (Si l'ésérine doit diminuer la pression, il ne faut l'employer qu'en faible solution 1/4 0/0, suffisamment pour provoquer le myosis.)

L'atropine n'amène qu'indirectement une augmentation de pression, par cette raison qu'elle provoque de la mydriase.

L'auteur peut aussi avec son manomètre reconnaître les variations dues au pouls et à la respiration.

L'excitation du sympathique a donné constamment une élévation de pression, mais seulement par augmentation de pression du sang.

ROHMER.

**I. — Ueber provocirte Fluorescenzerscheinungen am Auge, par EHRLICH** (*Deutsche med. Wochens.*, n° 2, 1882, *et Berlin. klin. Woch.*, n° 25, *p.* 388).

**II. — Das Fluoresceïn in seiner Bedeutung für den Flüssigkeitswechsel des Auges (Les échanges de liquides intraoculaires étudiés à l'aide de la fluorescéine), par SCHOELER et UHTHOFF** (*Jahresbericht der Prof. Schoeler'schen Augenklinik*, 1881).

**III. — Zur Frage der Ernährung der Cornea (De la nutrition de la cornée, par DENISSENKO** (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, *septembre* 1882).

I. — Ehrlich a trouvé dans la fluorescéine, employée en injections sous-cutanées, un moyen pour observer directement, sur l'œil vivant, les échanges de liquides.

La fluorescéine est la substance mère de l'éosine ; on la prépare en fondant ensemble de l'acide phthalique et de la résorcine.

Elle a la propriété de rendre fluorescents le sérum sanguin et les liquides des sécrétions oculaires, sans d'ailleurs exercer aucun effet nuisible, ce qui en permet l'emploi chez l'homme.

Quand, chez des lapins, on pratique une injection sous-cutanée de 2 à 8 centimètres cubes d'une solution de fluorescéine au 1/5, on voit se produire dans la chambre antérieure, à la face postérieure de la cornée, une ligne verte verticale qui atteint rarement le bord sclérotical. Ehrlich croit cette ligne formée par un remous liquide résultant de la rencontre de deux courants opposés.

Après ponction de la cornée, la régénération de l'humeur aqueuse s'opère uniquement par la chambre postérieure, entre le bord du sphincter irien et le cristallin. Cette sécrétion de la chambre postérieure est spécifiquement plus lourde et elle présente une coloration verte plus intense.

En instillant de la fluorescéine dans le cul-de-sac conjonctival, Ehrlich a vu d'abord apparaître une coloration verdâtre de la cornée, disposée sous forme de stries et de points, puis il a assisté au passage de la substance dans le liquide de la chambre antérieure.

II. — Dans leurs expériences, Schœler et Uhthoff ont eu tour à tour

recours aux injections directes d'une solution de fluorescéine au 1/5, dans la chambre antérieure ou dans le corps vitré, aux injections sous-cutanées, aux instillations dans les culs-de-sac conjonctivaux et enfin aux attouchements de la cornée, sur l'œil luxé, avec une solution de fluorescéine.

Voici les principaux résultats qu'ils ont obtenus :

L'humeur de la chambre antérieure est sécrétée par les vaisseaux du corps ciliaire et par la face postérieure de l'iris. En effet, ce n'est qu'en ces points qu'apparaît la couleur verte lorsqu'on pratique des coupes sur des yeux plus ou moins longtemps après l'injection sous-cutanée de fluorescéine.

A l'état normal, les chambres antérieure et postérieure de l'œil ne constituent pas des espaces complètement isolés l'un de l'autre. Le passage du liquide de la chambre postérieure dans l'antérieure s'effectue exclusivement entre le rebord du sphincter et le cristallin, et se traduit par la ligne verticale signalée par Ehrlich.

La coloration verte du cristallin — et par conséquent ses échanges de liquides — se font très lentement.

Après injection dans le corps vitré avec passage du liquide dans la chambre antérieure, il survient une coloration verte du cristallin s'étendant graduellement de la substance corticale au noyau. Au bout de 2 ou 3 semaines, ce noyau seul reste coloré. Le corps vitré ne prend donc pas part à la nutrition du cristallin.

Du cul-de-sac conjonctival, la fluorescéine pénètre toutes les couches de la cornée, et, au bout d'une dizaine de minutes, se montre dans le liquide de la chambre antérieure.

Il en est de même quand on touche, avec la solution, le centre de la cornée sur un œil luxé.

La sécrétion de l'humeur aqueuse est influencée par le système nerveux. La section du cordon cervical du sympathique, avec ou sans ablation du ganglion supérieur, hâte l'apparition de la sécrétion colorée par la fluorescéine. La section du trijumeau à la base du crâne agit de même avec plus d'intensité.

Les fibres sécrétoires destinées à l'œil occupent le quart interne du tronc trijumeau, car, après section des trois quarts externes de ce nerf, l'œil quoique à moitié insensible, ne présente aucune modification de sécrétions.

Les auteurs pensent, vu l'innocuité de cette substance, que la fluorescéine pourra être utilisée dans le diagnostic des trophonévroses. (Voyez *R. S. M.*, XXI, 306.) J. B.

III. — Les expériences de Ciaccio avaient depuis longtemps démontré que la nutrition de la cornée se fait des parties superficielles vers les parties profondes. Cet auteur, cautérisant le centre de la cornée avec un crayon de nitrate d'argent, a remarqué, au bout de peu de temps, que sur l'autre face de la cornée, la membrane de Descemet prenait également une coloration argentée.

La direction de dehors en dedans du courant nutritif, à travers la cornée, a déjà été démontrée par Krükoff en 1875 (*Archiv für Ophthalmologie*). Les expériences de Ciaccio, qui tendaient au même but, ont été confirmées par les recherches de Pflüger. Gosselin est d'ailleurs le premier qui ait signalé le fait. Toutes ces expériences montrent bien que

dans la cornée le courant se fait au travers des épithéliums ; elles donnen également l'explication de ce fait depuis longtemps connu, que dans les cas de catarrhe chronique du sac lacrymal, la moindre destruction de l'épithélium entraîne une ulcération de la cornée.

Quant à la physiologie de la membrane de Dercemet, l'auteur pense que cette membrane doit servir à filtrer le courant qui traverse la cornée pour pénétrer dans la chambre antérieure. C'est pour cela qu'il se produit un œdème énorme, lorsque les pores de cette membrane sont oblitérés, comme cela se voit dans le mal de Bright. Denissenko a de même réussi à voir plusieurs fois le passage de divers éléments mobiles au travers de la membrane de Descemet. Pflüger ne partage pas cette opinion et pense que les éléments cellulaires de cette membrane restent immobiles. Ciaccio a vu les éléments d'émigration être fixés dans les stomates de l'épithélium de la membrane de Descemet, pour pénétrer de là dans la chambre antérieure. Ce fait a déjà été démontré en 1871, dans une thèse *(zur Lehre von der Hypopyokeratitis)*, soutenue à Zurich, sous l'inspiration de Horner, et dont Denissenko reproduit les conclusicns.

Dans ces conclusions il est dit entre autres, que les éléments d'émigration furent trouvés près de la membrane de Descemet, mais sans qu'on connût ni leur origine, ni leur trajet. Or, dans la kératite à hypopyon, il n'est pas possible d'admettre que ces éléments ont traversé la membrane élastique de Descemet. Ciaccio qui dit avoir observé ce passage, ne le prouve pas ; car ces éléments qui voyagent si facilement peuvent venir d'ailleurs, sans avoir traversé la membrane de Descemet. La nouvelle théorie de Pflüger était donc inutile pour expliquer la kératite à hypopyon.

Ce qui, du reste, plaide encore en faveur de la manière de voir de Denissenko, c'est le peu de trouble qui survient dans la cornée dans le cas d'œdème conjonctival, même avec une inflammation des plus intenses (à la suite de diphtérie des paupières, par exemple). Cet œdème conjonctival que l'on rencontre dans diverses maladies, mais rarement avec une intensité bien notable, ne donne pas lieu cependant à des troubles bien appréciables dans la cornée. Rappelons-nous la théorie d'Ulrich, suivant laquelle la conjonctivé préside à la nutrition des couches superficielles de la cornée, et la chambre antérieure à celle des couches profondes ; il faudrait admettre dans ce cas, que les deux parties de la cornée sont strictement isolées l'une de l'autre, et que les troubles de l'une ne nuisent pas à la nutrition de l'autre. S'il se produit en un point un trouble circulatoire, la conséquence en sera une stase des liquides, un œdème des parties irriguées par les vaisseaux lésés. Or, dans la conjonctivite diphtéritique rien de semblable ne se produit, et cependant, d'après la théorie d'Ulrich, on s'attendrait à trouver un œdème de la cornée ; au contraire, les conditions qui favorisent l'œdème conjonctival n'ont aucune influence sur l'état de la cornée ; ce n'est qu'en nous basant sur ce que nous savons de la direction du courant circulatoire dans la cornée, que nous pouvons comprendre ces faits.

Quant à l'ulcération de forme circulaire qui apparaît sur le bord de la cornée dans la diphtérie, si elle est simplement le fait de ce processus, comme le veut Pflüger, l'œdème ne peut être invoqué pour en expliquer

la production. Et dans d'autres cas d'œdème de la conjonctive, comment expliquer la rareté de la nécrose des couches superficielles, et lorsqu'elle survient, mais dans une étendue bien moins considérable que dans la diphtérie? C'est que dans ce cas, il faut invoquer le spasme des paupières, lesquelles exerçant une compression inégale sur le pourtour de la cornée, n'empêchent la circulation que par places; l'ulcération, ici encore, aura une forme circulaire; c'est donc là une action toute mécanique, et qui ne doit-être attribuée que secondairement au processus diphtéritique; la diphtérie intervient au contraire, lorsqu'il s'agit d'expliquer la nécrose totale de la cornée.

On peut donc, de là, conclure avec Denissenko contre Pflüeger, que la nutrition de la cornée est assurée, autant par les vaisseaux superficiels que par les profonds, et qu'il n'existe pas de courants spéciaux pour chaque couche de la membrane cornéenne. ROHMER.

**I. — Ueber die Wirkung des constantes Stromes auf das normale Auge (Effets des courants constants sur l'œil sain), par Barbara TSCHERBATSCHEFF** (*Thèse, Berne*, 1880, *et Correspond.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 11, *p.* 345, 1er *juin* 1881).

**II. — Beiträge zur Physiologie der Iris, par Edwin GYSI** (*Thèse, Berne, et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 20, *p.* 655, 15 *octobre* 1881).

**III. — Die Grösse des Gesichtsfeldes in Beziehung zur Accommodation (Les dimensions du champ visuel dans leurs rapports avec l'accommodation), par E. EMMERT** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 19, *p.* 643, 1er *octobre* 1882).

I. — L'auteur a expérimenté sur son propre œil l'action des courants électriques constants, en plaçant l'anode sur la nuque et la cathode sur la paupière supérieure close.

Le résultat général a été que les courants exercent sur les portions périphériques de la rétine une action analogue à celle de la strychnine, mais encore plus énergique.

Ils n'exercent aucune influence ni sur la vision centrale ni sur les sensations lumineuses.

Ils agrandissent le champ visuel et augmentent la faculté de percevoir deux points distincts, et ce double effet persiste pendant deux semaines.

Enfin ils déterminent un accroissement notable de la perception des couleurs, à la périphérie, qui dure huit jours.

II. — Les expériences de Gysi ont été faites sous la direction de Luchsinger, sur des yeux d'anguilles, de lézards, de tortues et de grenouilles. En voici les résultats essentiels :

1° Action de la chaleur. Des élévations modérées de la température irritent le sphincter irien; les élévations considérables et prolongées le paralysent et dilatent la pupille.

2° Action de la lumière. Les résultats en ont déjà été consignés dans la *Revue*, t. XVI, p. 32.

3° Action de la pilocarpine. A doses faibles ou moyennes, la pilocarpine provoque un rétrécissement de la pupille chez la grenouille; à hautes doses, elle la dilate, de même que l'atropine. Mais si on emploie conjointement de hautes doses de pilocarpine et des doses moyennes

d'atropine, les actions des deux médicaments ne s'ajoutent pas et la pupille est souvent même plus étroite qu'auparavant.

4° Action de la physostigmine semblable à celle de la pilocarpine. Il en est vraisemblablement de même aussi de la nicotine.

5° Sur l'iris de la tortue, des solutions relativement concentrées d'atropine, de pilocarpine, de physostigmine ou de nicotine n'ont aucune influence. Le même fait ayant été constaté chez les oiseaux, Gysi l'explique, comme pour ces derniers, par la striation transversale du muscle irien.

III. — Dans l'accommodation pour la vision rapprochée, le champ visuel est, sans exceptions, de 1 1/2 à 2 1/2 degrés plus considérable que pour la vision à distance ou que lorsque la pupille est artificiellement dilatée. Cet agrandissement du champ visuel ne peut s'expliquer autrement que par un déplacement de la choroïde et de la rétine au moment des efforts d'accommodation. Le fait a d'ailleurs été démontré dès 1868 par Hensen et Völckers (*R. S. M.*, III, 368.)

D'après Emmert, le déplacement de la rétine oscille entre 0,248 et 0,764 millimètres.

J. B.

**De l'action des courants électriques continus appliqués au voisinage du cerveau et des résultats qu'ils produisent en particulier dans l'œil, par GILLET DE GRANDMONT** (*Broch. Paris*, 1883).

L'auteur qui commence par rendre compte des travaux faits sur ce sujet nous donne ensuite le résultat de ses propres expériences dont plusieurs sont décrites avec détails ; il arrrive enfin à des conclusions pratiques fort importantes.

Pour lui les courants continus agissent sur la circulation du centre encéphalique et du globe oculaire et puissamment aussi sur la sécrétion des humeurs de l'œil. Dans tous les cas où l'on voudra activer la circulation rétino-choroïdienne, réveiller l'excitabilité nerveuse de la rétine, modifier la sécrétion du corps vitré on réussira avec les courants continus. Les atrophies des nerfs optiques au début mais non confirmées, les glaucomes, les irido-choroïdites chroniques relèvent de ces courants.

On ne devra jamais se servir d'un grand nombre d'éléments ; 4, 6 ou 8 éléments Leclanché, de moyenne dimension suffisent toujours. Les courants permanents sont dangereux ou inutiles ; des courants descendants appliqués quatre à cinq minutes dans le voisinage de l'œil deux ou trois fois par semaine satisferont à toutes les indications.

A. TROUSSEAU.

**Mode de transmission de l'héméralopie héréditaire, par PFLUEGER** (*Correspond.-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 2, p. 39, 15 janvier* 1883).

Pflüeger a pu se procurer l'arbre généalogique, remontant à 1750, d'une famille dans laquelle l'héméralopie est héréditaire.

Elle s'y transmet suivant la même loi qu'Horner a indiquée pour le daltonisme. Elle atteint exclusivement les mâles, mais n'est jamais transmise directement par ceux-ci à leurs enfants. Toujours l'affection reste latente au moins pendant une génération féminine. Le type d'hérédité le

plus simple est celui où l'on voit le père transmettre l'héméralopie à ses petits enfants par le moyen de sa fille. Mais l'héméralopie (qui s'accompagne toujours d'une myopie extrême) peut aussi sommeiller durant 2, 3 ou même 4 générations consécutives de femmes, pour se réveiller au bout de plus d'un siècle, dans la descendance masculine. J. B.

**I. — Fall von einseitigem Anophthalmus (Anophtalmie unilatérale), par BURCHARDT** (*Berlin. klin. Woch., n° 30, p. 468, 24 juillet* 1882).

**II. — Série rare de lésions congénitales de l'œil dans une famille, par PFLUEGER** (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 1, p. 16, 1er janvier* 1883).

**III. — Congenitales Colobom des rechten obern Augenlids mit einem Dermoïd auf Cornea und Sklera des rechten Auges (Colobome congénital de la paupière supérieure avec kyste dermoïde cornéosclérotical de l'œil droit), par PFLUEGER** (*Idem, n° 2, p. 40, 15 janvier* 1883).

**IV. — Ueber die angeborene fleckförmige Melanose der Sclera (Trois cas de mélanose congénitale de la sclérotique), par HIRSCHBERG** (*Berlin. klin. Woch. n° 5, p. 75, 29 janvier* 1883).

I. — Dans le fait d'anophtalmie unilatérale de Burchardt, le bulbe de l'œil manquait complètement; en revanche tous les organes accessoires, conjonctive, paupières, muscles et vraisemblablement aussi la glande lacrymale, existaient. La fente palpébrale et l'orbite étaient plus petites que de l'autre côté.

L'existence d'une cicatrice à la face interne de la paupière supérieure laisse supposer que le bulbe oculaire avait existé à l'origine, mais qu'il a pour une cause inconnue, été détruit pendant la période fœtale.

L'autre œil, qui était myope intense depuis l'enfance, est affecté depuis 5 mois d'une névrorétinite et depuis un mois d'un décollement rétinien.

II. — Voici la série rare de lésions congénitales des yeux, observée par Pflueger sur une femme et sur ses 3 enfants :

1° Mère : Ptose congénitale double : Nystagmus horizontal. Leucomes des cornées. Opacités punctiformes et striées des cristallins. Aniridie bilatérale totale. Myopie. Absence de toute accommodation.

2° Fille : Aniridie bilatérale. Cristallins transparents. Persistance de l'artère hyaloïdienne. Rétinochoroïdite.

3° Fils Ernest : Œil gauche : Hydrophtalmie congénitale avec augmentation considérable de volume du globe oculaire. Taches cornéennes. Aniridie totale. Ectopie du cristallin en haut et en dehors.

L'œil droit a à peu près ses dimensions normales, tout en offrant la répétition des altérations signalées à gauche et un nystagmus horizontal.

4° Fils Fritz : Œil gauche. Phtisie congénitale.

Œil droit : Microphtalmie. Cataracte congénitale. Synéchie postérieure annulaire.

La mère ne connaît aucune affection oculaire chez ses père et mère, frères et sœurs et alliés. Le père est buveur.

III. — Fillette âgée de 14 jours. L'œil droit présente l'état suivant : Du côté nasal et du coté temporal, la paupière supérieure existe rudimentaire, tandis que dans l'espace intermédiaire, long de 14 millimètres elle fait complètement défaut et est remplacée par un tissu d'apparence cutanée qui atteint jusqu'au bord de la cornée. En dehors, le rudiment de la paupière se trouve composé des mêmes couches qu'à l'état normal mais se dirige verticalement au lieu d'horizontalement. Les cils sont bien implantés.

De l'endroit où la paupière manque, s'élève sur le front un sillon qui après s'être dirigé en haut et en dehors se trouve limité supérieurement par une

ligne presque horizontale. Au niveau de ce sillon, les téguments ont l'aspect cicatriciel et adhérent un peu plus à la couche sous-jacente; aussi la dépression atteint-elle plusieurs millimètres dès que l'enfant pleure.

Les cheveux s'avancent en pointe sur la moitié droite du front jusqu'au rebord orbitaire; les plus inférieurs arrivent sur la cornée même.

Il semble que la peau du front et le cuir chevelu aient été attirés en avant et en bas par quelque traction morbide.

Les os du crâne offrent un certain nombre d'anomalies. Les fontanelles sont extrêmement petites. La suture sagittale au niveau des frontaux a une configuration irrégulière : ses lèvres au lieu d'unir les bords internes des frontaux divergent de façon à donner naissance à un espace triangulaire rempli par une masse osseuse (table interne) située sur un plan un peu inférieur.

Le nez est fendu semblablement à celui de certaines races canines; il se compose de deux conduits juxtaposés et ne communiquant pas. Le nez droit est relativement atrophié.

Dans une monographie récente, Van Duyse a rassemblé les 23 faits publiés de colobome palpébral. Il en explique la formation, de même que celle du kyste dermoïde épibulbaire, par une adhérence morbide circonscrite de l'amnios au revêtement interne de la vésicule ophtalmique.

Le cas de Pflueger est très favorable à ce mode d'interprétation (*R. S. M. V.*, 661).

IV. — La mélanose en plaques de la sclérotique, d'origine congénitale, est toujours bornée à un seul œil et s'accompagne d'une coloration foncée de l'iris et du fond de l'œil. Malgré la grande rareté de cette lésion Hirschberg vient, en 4 semaines, d'en observer les 3 exemples suivants.

Le premier cas était tout à fait simple; il s'agissait d'une fille brune de 17 ans, entrée pour une blépharadénite.

Chez la deuxième malade, une femme de 34 ans, la mélanose scléroticale était compliquée d'une tumeur du nerf optique, haute de 2 1/2 millimètres, longue de 6 et large de 4 1/2.

Enfin la troisième malade, une femme de 50 ans à chevelure noire, grisonnante, présentait depuis l'enfance une mélanose en plaques de sa sclérotique gauche. Depuis quelques mois, cet œil était devenu aveugle. Le diagnostic vérifié à l'énucléation du globe fut sarcome mélanique de la choroïde consécutif à la pigmentation congénitale. La sclérotique de l'œil extirpé ne présentait d'autre lésion que la mélanose. J. B.

**I. — Ueber Blepharoblenorrhæa Neonatorum (De l'ophtalmie des nouveau-nés), par C.-V. HECKER** (*Archiv für Gynækologie, Band XX, Heft* 3).

**II. — Bericht über die Anwendung der Credeschen prophylaktischen Verfahrens gegen Ophthalmia Neonatorum (Résultats de l'application du procédé prophylactique de Credé contre l'ophtalmie des nouveau-nés), par FELSENREICH** (*Archiv für Gynækologie, Band XIX, Heft* 3).

I. — Sur 18,451 enfants vivants (du 1er janvier 1860 au 31 décembre 1881), il y a eu à la maternité de Munich 430 enfants atteints d'ophtalmie, soit 2, 4 0/0. La proportion a varié de 0, 8 0/0 en 1870 à 5, 2 en 1876. L'affection est en général assez légère; l'irrigation avec l'eau froide, la cautérisation avec une solution de 2 à 4 0/0 de nitrate d'argent, l'application de compresses froides, et l'évacuation des produits de sécrétion suffisaient en général pour obtenir la guérison. Dans aucun cas, on n'a eu recours à des caustiques plus énergiques, pierre infernale

pure ou mitigée ; les scarifications des paupières œdématiées ont souvent donné de bons résultats. Deux cas seulement ont eu une fâcheuse issue.

Au point de vue de l'étiologie, l'auteur croit que dans le plus grand nombre des cas, non seulement il est impossible de fournir la preuve de l'infection par les liquides des organes génitaux de la mère, mais il existe de sérieuses raisons de considérer comme problématique ce mode de production.

L'auteur arrive à cette conclusion, qu'il existe dans les maternités des conditions plus favorables que partout ailleurs, au développement des ophtalmies. Ces conditions sont l'infection de l'air par les produits de sécrétion des accouchées, lochies, sécrétions cutanée et lactée ; les appareils à bains malpropres ; la possibilité dans les cas d'allaitement d'infection par les doigts de la mère souillés par les lochies. Des 427 mères, 316 soit 74 0/0 nourrissaient ; 111 soit 26 0/0 ne nourrissaient pas.

Au point de vue prophylactique, l'auteur a employé la méthode de Credé, mais en réduisant de 2 à 1 0/0 le degré de la solution phéniquée ; la solution à 2 0/0 lui avait donné plusieurs fois des inflammations de la muqueuse. Le résultat de l'application du procédé de Credé n'a pas été brillant, eu égard surtout au peu de fréquence des ophtalmies à la Maternité. Il y a eu 4 ophtalmies purulentes sur 133 enfants désinfectés. L'auteur attribue ce résultat au peu de soin du personnel, et se propose de continuer l'application de la méthode.

II. — Pendant les mois de mars et d'avril 1881, 500 enfants ont été traités par le procédé de Credé à la clinique du professeur Gustave Braun ; deux seulement ont eu une légère ophtalmie. Du 1er mai 1881 au 1er avril 1882, 2,500 enfants ont été traités par le même procédé dans les cliniques des professeurs Carl Braun, Ferwald et Gustave Braun, et en y comprenant les 500 premiers, il n'y a eu sur les 3,000 enfants que 58 ophtalmies, soit 1, 93 0/0. Si on compare ces chiffres au résultat obtenu avant l'application du procédé dans les mêmes conditions hygiéniques, 82 ophtalmies sur 1887 enfants, soit 4, 34 0/0, on ne peut contester l'heureux résultat du procédé de Credé. L'auteur croit que l'on pourra arriver à un résultat meilleur par une application plus stricte des procédés de désinfection. H. DE BRINON.

**Die Augenentzündung der Neugeborenen (L'ophtalmie des nouveau-nés), par G. SCHIRMER** (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 14, 1882).

L'auteur est convaincu que l'infection des yeux du nouveau-né n'a lieu qu'après l'expulsion de la tête hors de la vulve, et non pendant le passage de la tête dans vagin. Le bain dans lequel on a l'habitude de plonger les nouveau-nés immédiatement après la naissance serait le plus souvent la cause de la contagion : l'eau du bain chargée de mucus vaginal porte les germes infectieux dans les yeux de l'enfant. Ces germes peuvent encore y être portés, plus tard par les mains de la mère, les linges, les éponges. L'auteur a vu dans un cas l'ophtalmie éclater quarante heures après le transport accidentel dans les yeux d'un écoulement lochial ; la mère était parfaitement saine, n'avait pas eu d'écoulement pendant la grossesse, et n'avait jamais eu d'affections vénériennes. Pénétré de ces idées, l'auteur a supprimé le bain ; il se contente de faire essuyer le visage et le corps

du nouveau-né avec des linges secs ; l'enfant n'est lavé que le lendemain de la naissance ; de grandes précautions sont recommandées aux accouchées pour la propreté des mains. Depuis que ce système a été adopté, aucun enfant n'a été atteint (sur 50) ; et l'ophtalmie était auparavant très fréquente à la clinique d'Erlangen. H. DE BRINON.

**I. — Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen (Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés), par CREDÉ** (*Archiv f. Gynækol.*, *Band XXI*, 2, 1883).

**II. — Wann soll die Procedur zur Verhütung der Augenentzündung bei Neugeborenen stattfinden? (A quel moment doit-on l'appliquer?) par Camillo FUERST** (*Centralbl. f. Gynækol.*, *n°* 34, 1883).

**III. — Zur Frage der Augenentzündung der Neugeborenen, par HAIDLEM** (*Ibid.*, *n°* 46, 1883).

I. — Il y a près de trois ans que l'auteur a inauguré son procédé prophylactique à la clinique de Leipzig. Les résultats ont été les suivants.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1880 (7 mois) sur | 211 enfants vivants, | 1 | cas d'ophtalmie, | soit | 0,49 0/0 |
| 1881 — | 400 — | 1 | — | soit | 0,25 |
| 1882 — | 418 — | 2 | — | soit | 0,49 |
| 1883 (3 mois) sur | 131 — | 0 | — | soit | 0,00 |

Les deux cas de 1880 et de 1881 ne doivent pas être comptés dans la statistique : pour celui de 1880, le traitement prophylactique n'avait pas eu lieu par oubli : celui de 1881 a débuté au neuvième jour après la naissance et par conséquent ne se rattache pas à une infection produite pendant l'accouchement. En d'autres termes sur 1,160 enfants vivants qui sont nés à la clinique de Leipzig, 2 ont été atteints d'ophtalmie malgré l'emploi de la méthode prophylactique. Pendant la période de 1870 à 1880, le nombre des enfants atteints d'ophtalmie a varié de 6 ou 7 0/0 à 12 ou 15 0/0. L'auteur se croit donc en droit d'affirmer qu'il a résolu le problème de la prophylaxie des nouveau-nés contre l'ophtalmie blennorragique.

Pour lui, le point de départ de l'ophtalmie de nouveau-nés est exclusivement le contact du virus blennorréique. Toutes les fois qu'on ne trouve pas le diplocoque de Neisser dans le produit de sécrétion de la conjonctive, on n'est pas en face d'une véritable ophtalmie. La sécrétion catarrhale des organes génitaux ne peut donner lieu qu'à un catarrhe oculaire. La sécrétion normale ne peut causer une blennorrée spécifique.

Le virus, qui se trouve surtout dans la sécrétion vaginale des femmes atteintes de vaginite granuleuse arrive le plus souvent au contact de l'œil pendant la période d'expulsion.

Les conditions qui favorisent l'inoculation sont : 1° la prolongation de la période d'expulsion (Dans plus de la moitié des cas d'ophtalmies, observés de 1870 à 1880 à Leipzig, la période d'expulsion avait duré plus d'une heure) ; 2° la rupture prématurée de la poche des eaux. (Dans 1/4 des cas environ 65 sur 370 la rupture de la poche des eaux avait eu lieu plus de 3 heures avant l'accouchement) ; 3° enfin le volume de l'enfant. L'affection est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

La méthode prophylactique de Credé est très simple : les enfants sont mis au bain, immédiatement après la section du cordon. Dans le bain,

les yeux sont nettoyés avec un linge propre et de l'eau pure; puis l'enfant retiré du bain, on instille dans chaque œil, quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0: l'œil est entr'ouvert par un aide, afin que la solution tombe sur la cornée. Aucun traitement consécutif. Il y a quelque fois un peu d'hyperémie conjonctivale et un peu d'hypersécrétion; mais ces phénomènes disparaissent rapidement, et sans traitement. Le plus souvent il n'y a aucune réaction.

II. — Si l'on s'en rapporte aux résultats brillants de la pratique de Credé, il importe peu que le traitement prophylactique (solution à 2 0/0 de nitrate d'argent) soit appliqué immédiatement après la naissance ou seulement après la section du cordon. Mais ces résultats sont dus à une application très consciencieuse du traitement. Lorsqu'on ne peut pas compter sur des soins minutieux de la part du personnel chargé de l'application, il vaut mieux faire mettre la solution immédiatement après l'accouchement. C'est ce que montre le résultat des cliniques de Vienne, dont deux appliquent le traitement immédiatement après l'accouchement, et la troisième, après la section du cordon. La morbidité au point de vue des ophtalmies atteint dans cette dernière le chiffre des deux autres réunies. Or la solution employée comme désinfectant est la même: c'est une solution de nitrate d'argent à 2 0/0 et le fait ne peut être considéré comme accidentel; car la statistique porte sur près de dix mille enfants.

III. — Credé signale parmi les causes prédisposant à l'ophtalmie, la prolongation de la période d'expulsion (une à plusieurs heures de durée) et l'ouverture prématurée de la poche des eaux (plus de 3 heures avant l'accouchement). Ces causes paraissent sans influence, d'après la statistique de la Maternité de Stuttgard. Sur 1,476 enfants vivants (de 1877 à 1880, époque de l'introduction de la méthode de Credé); il y a eu 172 cas soit 11, 6 0/0 d'ophtalmies. Sur les 172 cas d'ophtalmies il y avait eu 40 cas d'expulsion prolongée, soit 23, 25 0/0 et 65 cas de rupture prématurée de la poche des eaux soit 37, 56 0/0. Sur les 1,304 enfants sains, il y avait eu 378 cas d'expulsion prolongée soit 28, 99 0/0 et 396 cas de rupture prématurée soit 30, 37 0/0. La proportion des cas de prolongation de la période d'expulsion est donc plus élevée dans la série des enfants préservés que dans celle des enfants atteints d'ophtalmie.

La proportion des cas de rupture prématurée diffère très peu (?) dans l'une et l'autre série.

L'influence du contact des lochies paraît très faible; car depuis le commencement de 1881, il n'y a eu sur 978 enfants que 2 cas d'ophtalmie que l'on puisse nettement rattacher au transport des lochies.

La méthode prophylactique de Credé a donné à Stuttgard d'excellents résultats: Sur 978 enfants (de janvier 1881 à octobre 1883) il n'y a eu qu'un seul cas d'ophtalmie vraie: les deux cas cités plus haut comme provenant du transport des lochies ne doivent être considérés que comme des conjonctivites catarrhales aiguës: tous les deux sont survenus au dixième jour après l'accouchement, sont restés limités à un œil, et ont guéri en 4 à 5 jours. (Voy. *R. S. M.*, XIX, 286; XXI, 317.) H. DE BRINON.

**Parasitäre Augenkrankheiten (Microorganisme de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés), par HAAB** (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 3, p. 79, et n° 4, p. 105, 1er et 15 février* 1882).

Les recherches multipliées de Haab sur les pus de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, de l'ophtalmie blennorragique et de l'urétrite blennorragique, confirment jusque dans leurs moindres détails, quant à l'existence d'un microcoque commun à ces trois affections, les résultats annoncés par Neisser (*R. S. M.*, XVIII, 730). Dans toutes trois, les microorganismes sont constants et complètement identiques de forme, de dimensions et de répartition.

Haab en a constaté l'existence dans les gouttes militaires les plus invétérées. Jamais il ne les a trouvés en examinant le pus d'abcès dentaires, cérébraux, lacrymaux ou celui des conjonctivites purulentes bénignes.

Mais il n'a jamais réussi à les cultiver.

Haab rapporte deux observations propres à montrer l'importance pour le diagnostic de la recherche de ces microcoques. Il s'agit de deux cas d'ophtalmie purulente non blennorragique, l'un chez un nouveau-né, l'autre chez un adulte atteint de chaudepisse. J. B.

**Infiltration jaune diffuse de la conjonctive, guérie par l'iodoforme, par REICH** (*Centralblatt f. prakt. Augenheilk., novembre* 1883).

Homme de 40 ans, bien portant, présente à l'œil gauche, du larmoiement et des douleurs périodiques ; un peu de rougeur de la conjonctive palpébrale et de la caroncule ; peu de sécrétion. La muqueuse oculaire est un peu gonflée, de couleur un peu jaunâtre. Tous les traitements locaux employés (sulf. de zinc, etc.) et généraux (frictions mercurielles furent impuissantes. La pommade à l'iodoforme) (2 p. pour 3 p. de vaseline) fit disparaître tous les symptômes, en huit jours. Trois semaines après, récidive. Nouvel emploi de l'iodoforme pendant trois semaines. Cette fois la guérison se maintint complètement. L'auteur croit à l'origine scrofuleuse ou syphilitique de cette affection conjonctivale. ROHMER.

**I. — Contribuzione cliniche e anatomiche alla tubercolosi umana dell'occhio, par FALCHI** (*Giornale della R. Acad. di med. di Torino, avril* 1882).

**II. — Tubercolosi dell'occhio con glaucoma consecutivo, par FALCHI** (*Ibid., mars* 1882).

I. — L'auteur relate avec détail deux observations fort intéressantes de tuberculose primitive de l'œil dont voici le résumé sommaire :

1° Tuberculose de la choroïde et de la rétine. Petit garçon de 11 ans, atteint depuis trois mois d'amblyopie de l'œil gauche, avec rougeur de la conjonctive, sensation de brûlure, larmoiement, mouches volantes. A l'examen, tuméfaction de la sclérotique en bas et en dedans ; cornée et cristallins transparents ; corps vitré entièrement opaque, vision abolie, état général médiocre, bronchite aiguë. Dans les trois semaines suivantes, douleurs oculaires vives, exophtalmie rapidement croissante, hémorragie dans la chambre antérieure. Enucléation de l'œil suivie du rétablissement rapide de la santé générale. Le bulbe enlevé présente un épaississement notable de la conjonctive péricornéale ; la cornée est intacte, la chambre antérieure remplie de sang ; le corps vitré a disparu ; la rétine entièrement détachée en haut et en bas forme une sorte de cloison horizontale épaisse au milieu de la grande chambre de l'œil;

au-dessus et au-dessous l'espace entre elle et la choroïde est rempli par un énorme coagulum blanchâtre ; la choroïde très tuméfiée atteint 2 millimètres d'épaisseur en arrière. Au microscope on découvre de nombreuses granulations tuberculeuses avec cellules gigantesques, infiltrant la choroïde et la rétine et oblitérant presque entièrement les vaisseaux (ce qui explique l'hémorragie de la chambre antérieure) ; les autres parties de l'œil ne renferment pas de tubercules, mais présentent une prolifération conjonctive abondante, indice de l'irritation inflammatoire qu'elles ont subies.

2° Tuberculose de l'iris et du corps ciliaire. Petite fille de 8 ans, frêle et un peu maigre, malade depuis trois mois (pas d'antécédents tuberculeux ni syphilitiques). Développement indolent d'une amblyopie de l'œil gauche. A l'examen : légère injection épisclérale autour de la cornée qui est transparente; moitié supérieure de l'iris décolorée, offrant un pointillé très fin sur lequel se détachent de petites saillies jaunâtres; pupille contractée, non dilatable par l'atropine; énucléation de l'œil, après laquelle la petite malade reprend rapidement la santé et les forces. L'iris enlevé présente une infiltration très abondante de nodules tuberculeux avec cellules géantes, qui ont dispersé ou détruit les cellules pigmentaires; la moitié interne du bord pupillaire adhère à la capsule du cristallin et l'orifice de la pupille est presque entièrement recouvert par une membrane conjonctive adhérente à la cristalloïde antérieure et qui renferme également des tubercules. Le corps ciliaire, les procès ciliaires, toute la portion ciliaire de la choroïde et de la rétine sont infiltrés de nodules tuberculeux disséminés dans une prolifération conjonctive abondante. L'hémisphère postérieur de l'œil ne présente aucune altération.

II. — Il s'agit d'une tuberculose oculaire suivie de glaucome, processus non encore observé, au dire de l'auteur.

Un enfant de 7 ans, maigre et chétif, d'une famille entachée de scrofule, est pris au mois de février 1881 de photophobie à droite ; bientôt après augmentation rapide du volume du globe oculaire et exophtalmie ; pas de douleurs. Le 13 avril à l'examen, légère tuméfaction des paupières, déformation du bulbe par un gonflement marqué du segment inférieur : injection vive des vaisseaux conjonctivaux et épiscléraux, cornée transparente, iris normal, pupille irrégulièrement dilatée et d'aspect grisâtre; globle oculaire tourné en haut et en dedans, mouvements limités, perception de la lumière abolie. A l'ophtalmoscope on note un soulèvement irrégulier de la rétine dans le segment interne; la même membrane est complètement détachée du côté externe au voisinage de l'*ora serrata*. Le 15 avril douleurs périorbitaires, proéminence plus marquée du bulbe, opacité du cristallin, léger trouble de la cornée, énucléation de l'œil suivie d'une rapide amélioration de l'état général. — La chambre antérieure de l'œil enlevé est tapissée d'un exsudat qui fait adhérer la zone ciliaire de l'iris à la périphérie de la cornée. Une grande partie du corps ciliaire, et la moitié interne de la zone ciliaire de la rétine et de la choroïde sont recouvertes d'un coagulum fibrineux abondant. Du côté externe, la rétine est détachée de la choroïde et celle-ci de la sclérotique. Le corps vitré est remplacé par une substance d'un blanc grisâtre, opaque. Au microscope la partie externe de la choroïde se montre infiltrée d'innombrables nodules tuberculeux, qui ont également envahi la partie correspondante de la rétine ; ces produits occupent la totalité de la zone ciliaire rétino-choroïdienne; une granulation tuberculeuse bien développée se voit dans le ligament pectiné ; enfin d'autres nodules analogues occupent la sclérotique au niveau de l'équateur de l'œil. La cornée et la zone scléroticale qui l'entoure présentent ainsi que l'iris une infiltration conjonctive très abondante qui paraît due à l'inflammation de voisinage. Il en est de même du nerf optique et de son expansion papillaire, dont presque tous les éléments nerveux sont détruits.

Pour expliquer le développement du glaucome, l'auteur suppose que la formation d'un exsudat fibrineux entre la cornée, la zone ciliaire de l'iris et la cristalloïde a dû entraver la circulation lymphatique et déterminer ainsi l'augmentation de la tension intra-oculaire : interprétation qui est parfaitement d'accord avec ce qu'on sait aujourd'hui de la physiologie pathologique du glaucome. H. BARTH.

**Sur un cas de persistance de l'artère hyaloïdienne, reconnu sur le vivant, par HERSING** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 751, 26 *novembre* 1883).

A l'ophtalmoscope, le tout apparaissait sous la forme d'un trépied constitué par des plis de la rétine. Ce trépied reposait sur la papille et s'avançait jusqu'au pôle postérieur du cristallin. L'auteur estime qu'il s'agit d'une artère hyaloïdienne qui, à la suite d'une inflammation datant de la vie intra-utérine, s'est soudée au cristallin et à la rétine qu'elle a attirée en avant et qui lui forme maintenant comme un manteau. J. B.

**De la rétinite syphilitique périmaculaire, par DEHENNE** (*Union médicale*, 6 *novembre* 1883).

Dans cet article le Dr Dehenne décrit une rétinite périmaculaire syphitique présentant à l'ophtalmoscope l'aspect d'une hémorragie de la macula avec œdème rétinien périphérique survenant brusquement ou après quelques poussées successives, et pouvant déterminer rapidement une atrophie de la papille.

Cette lésion rare semble toujours être unilatérale. Elle est justiciable d'un traitement antisyphilitique énergique (frictions mercurielles et iodure de potassium à hautes doses) ainsi que des injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine.

Elle attaquerait de préférence des gens ayant eu des accidents syphilitiques anodins. A. TROUSSEAU.

**I. — La genèse du décollement rétinien, par STILLING** (*Arch. f. Augenh. XII* 3, *et Rev. gén. d'ophth.*, 30 *septembre* 1883).

**II. — Traitement mécanique du décollement de la rétine, par Karl GROSSMANN** (*The ophtalmic Review*, *octobre* 1883).

I. — Le cas de décollement rétinien très étendu et récent dont Stilling rend compte était dû à la pénétration dans l'œil de plusieurs fragments de fer. La rétine n'offrait pas trace de déchirure et était partout adhérente au corps vitré rétracté et plus dense que de coutume, mais qui, malgré tout, fut trouvé normal au microscope.

II. — Le danger du décollement rétinien est dans la facilité avec laquelle s'altère la couche externe de la rétine ; il faut donc s'efforcer de remettre la membrane en place, aussi vite que possible, ce qui peut être tenté par deux méthodes : l'évacuation du liquide sous-rétinien et l'augmentation de la pression intra-oculaire, méthodes que Karl Grossmann a cherché à combiner. Il aspire avec une très petite seringue hypodermique le liquide épanché sous la rétine et augmente la pression intra-oculaire en injectant dans le corps vitré cinq gouttes d'une solution tiède de sel marin à 0,75 0/0. Les résultats ont été bons au point de vue du

recollement de la membrane, mais n'ont pas donné grand'chose au point de vue fonctionnel. A. TROUSSEAU.

**Two cases of removal of bit of steel from interior of eye by magnet (Deux cas d'extraction hors de l'œil de morceaux d'acier au moyen de l'aimant), par LAUNCELOT** (*Archives of ophtalmology*. 5 *mai* 1883).

L'auteur publie deux cas dans lesquels il pratiqua l'extraction de parcelles d'acier implantées dans l'œil en se servant de l'aimant. Dans les deux cas le succès fut manifeste au point de vue de l'extraction qui se fit facilement. Le premier des deux malades dut néanmoins subir l'énucléation consécutivement, son œil étant totalement perdu au moment de l'opération. Le second conserva une vue excellente. Chaque fois l'auteur avait introduit la plus fine pointe de l'aimant à travers une incision verticale pratiquée à la cornée. A. TROUSSEAU.

**I. — L'ophtalmie jéquiritique et son emploi clinique, par SATTLER** (*Annales d'oculistique, juillet-août* 1883, *p.* 29).

**II. — Le jéquirity. Son emploi dans le traitement de la conjonctivite granuleuse, par G. BARDET** (*Thèse de Lyon*, 1883).

**III. — Le jéquirity dans la thérapeutique oculaire, par CHISALH** (*Revista di medicina y cirujiá prácticas, avril* 1883, *et Rev. gén. d'ophth.*, 31 *août* 1883).

I. — L'auteur qui, dans cet important mémoire, fait d'abord l'historique de l'introduction du jéquirity dans la thérapeutique oculaire, nous donne ensuite le résultat des expériences qu'il a entreprises sur le nouvel agent curatif.

On trouve dans le nombre des badigeonnages (méthode de M. Wecker) un moyen de pousser l'intensité d'action à un degré plus ou moins élevé et de maintenir l'inflammation un temps plus ou moins long au point qu'on désire. Celle-ci, toutefois, ne croît pas proportionnellement à la fréquence des applications.

L'intensité de la conjonctivite factice n'est pas toujours en rapport avec la concentration de l'infusion.

L'application du liquide même est absolument indolore et entre elle et l'apparition des premiers symptômes il y a une période d'incubation d'environ trois heures. Les phénomènes prennent rapidement une allure rapide et on peut voir se dérouler l'image d'une ophtalmie grave après *une seule* et abondante application d'une infusion active. Les *pseudo*-membranes se forment environ pendant cinq à six jours et leur formation est accompagnée de symptômes aigus. Il se passe des semaines avant le retour à l'état normal.

Le nombre des applications et la durée de la macération peuvent faire varier l'intensité du processus. Il en est de même de l'augmentation de concentration de l'infusion, toutefois la plus grande intensité de l'inflammation n'est pas en proportion avec le plus haut degré de concentration.

L'activité de l'infusion décroît à mesure qu'elle vieillit et sa puissance d'action disparaît finalement tout à fait.

Les recherches faites pour isoler un principe chimique n'ont abouti à aucun résultat bien net.

Dans le liquide existe un champignon déhiscent d'une forme déterminée appartenant au genre *baccillus*. A une température de 34 à 36 degrés centigrades, on rencontre d'innombrables bâtonnets déjà après une macération de 12 heures. Des températures plus élevées arrêtent l'évolution des bacilles. Dans la chambre à glace, leur développement est entièrement entravé, mais il s'effectue de nouveau comme à l'ordinaire lorsqu'on place ensuite le liquide dans une chambre chaude.

On rencontre parfois dans les infusions le champignon du foin, mais il y mène une existence languissante; on ne trouve jamais de bactérium termo.

Le bacille du jéquirity est essentiellement aérobie.

On trouve dans la matière purulente sécrétée par la conjonctive ainsi que dans les membranes qui la recouvrent, un nombre peu considérable des mêmes bacilles à l'état sporifère.

On rencontre plus de bacilles sporifères infiltrées dans la conjonctive même et dans l'exsudat des tissus sous-conjonctivaux.

Le thymol à 1/1000 rend l'infusion complètement et définitivement stérile.

Le bacille séparé de son milieu naturel et cultivé soit dans la gelée du serum du sang, soit dans la gélatine de peptone d'extrait de viande, conserve ses qualités pathologiques et est encore apte à amener la conjonctivite caractéristique un peu moins intense, il est vrai, que celle produite par l'infusion type.

Le trachome est, suivant toutes les probabilités, une maladie mycotique. Après l'ophtalmie jéquiritique le terrain sur lequel s'est développé le processus trachomateux est altéré d'une manière toute spéciale par l'implantation et le développement d'un autre micro-parasite, et cela en y provoquant une inflammation réactive violente et prolongée, comme ne saurait le faire aucune irritation mécanique ou chimique.

II. — L'auteur, en se servant de la méthode de Wecker, a bien produit l'ophtalmie caractéristique, il a même pu la reproduire chez le même individu à 15 ou 20 jours d'intervalle sans jamais observer de complication sérieuse, mais il n'a, *dans aucun cas,* vu guérir les granulations.

Pour lui la nouvelle méthode serait inférieure aux anciennes. De plus le jéquirity semblerait devoir son action non pas à un microbe, mais à quelque substance chimique.

III. — Voici quelles sont les conclusions du travail de l'auteur :

1° Le jéquirity exerce une influence thérapeutique sur la néoplasie trachomateuse ;

2° Il modifie la dégénérescence amyloïde de la conjonctive en lui donnant un certain degré de vitalité;

3° Il a plus d'activité que les cautérisations au sulfate de cuivre et cause moins de répugnance aux malades. A. TROUSSEAU.

**Ein neues Mydriaticum, par E. EMMERT** (*Correspond.-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 2, p. 33, 15 janvier* 1882).

Après avoir essayé l'iodhydrate d'hyoscine d'abord sur la pupille de lapins, puis sur son propre œil, Emmert l'a expérimenté sur ses malades, en instillant une solution tantôt à un 10e 0/0, tantôt à un demi 0/0.

Toujours il a trouvé qu'à quantité égale, il agit beaucoup plus rapidement et plus énergiquement que le sulfate d'atropine.

Deux fois seulement, depuis 3 mois qu'il l'emploie, il a vu survenir des phénomènes d'intoxication.

L'iodhydrate d'hyoscine est très bien supporté, même à la longue, par la conjonctive.

Emmert conclut de ses observations que quoique 5 fois plus cher que le sulfate d'atropine, l'iodhydrate d'hyoscine est dès maintenant le mydriatique non seulement le plus actif, mais aussi le plus économique, puisqu'une goutte de la solution à un 10e 0/0 est plus active qu'une goutte d'une solution de sulfate d'atropine à demi 0/0. J. B.

---

# MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

**On nasal cough, and the existence of a sensitive reflex area in the nose (De la toux nasale, et de l'existence d'une zone sensitive réflexe dans le nez), par J. MACKENZIE** (*Am. journ. of the med. sc., p.* 106, *juillet* 1883).

La toux, d'après Mackenzie, est un symptôme fréquent dans les affections de la muqueuse nasale, et l'expérimentation aussi bien que l'observation clinique conduisent aux conclusions suivantes :

Il existe dans le nez une zone sensitive nettement délimitée, dont l'irritation spontanée ou provoquée peut produire une réaction réflexe simple ou complexe. Cette aire sensitive correspond très probablement à la portion de la pituitaire qui revêt les cornets moyens et inférieurs, et la moitié postérieure de la cloison. L'excitation de cette région seulement provoque la toux réflexe. Le point le plus sensible de cette zone correspond à l'extrémité postérieure du cornet inférieur et à la partie adjacente de la cloison. Cette susceptibilité réflexe varie suivant les individus, et probablement aussi suivant le degré d'excitabilité du tissu érectile qui constitue cette portion de la membrane de Schneider. Chez les uns, le plus léger attouchement provoque la toux ; chez d'autres, il faut pour cela un état d'hyperémie chronique ou d'hypertrophie du tissu caverneux. Quand les cornets sont atrophiés du fait de l'ozène, par exemple, cette toux réflexe n'existe pas, et ne peut être provoquée par l'excitation directe de la région.

Sept observations sont jointes à ce mémoire intéressant. A. CHAUFFARD.

**I. — Nasal disease as a cause of asthma (Affection du nez devenant cause d'un asthme), par G.-Hunter MACKENZIE** (*Edinb. med. journ., p.* 689, *février* 1883).

**II. — Des rapports de l'asthme et des polypes muqueux, par A. JACQUIN** (*Gaz. des hôpit., n°* 64, 1882.)

**III. — Some of the effects of nasal polype in children, par JACOBI** (*New York med. journal*, 7 *avril* 1883).

I. — Voltolini avait déjà signalé la présence des polypes du nez comme

fréquemment associée à l'asthme. Voici un fait de rhinite chronique simple, sans polype, qui a eu les mêmes conséquences.

Une dame de 48 ans se plaint d'un coryza chronique datant de sept ans : depuis deux ans, aux symptômes d'enchifrènement se sont ajoutés des accès d'asthme nocturnes; il n'y avait pas de prédisposition héréditaire. Chaque accès était précédé d'un catarrhe nasal extrêmement abondant; tous les remèdes usuels contre l'asthme avaient échoué. L'exploration rhinoscopique des fosses nasales montra une muqueuse animée, congestionnée, granuleuse, sans tumeur ni productions adénoïdes. Un traitement de douches nasales boriquées, et l'usage de prises de bismuth et de quinine modifièrent l'état de la muqueuse et firent complètement disparaître les accès d'asthme. H. R.

II. — Le malade était un arthritique emphysémateux; l'opération ne guérit pas l'asthme. L'auteur admet ici que les vésicules pulmonaires ne pouvant se vider se dilatent et restent dilatées malgré l'enlèvement des polypes. R. C.

III. — L'auteur cite deux observations dans lesquelles l'existence d'un polype des fosses nasales a coïncidé avec l'apparition d'accès d'asthme violents et répétés. Il se demande si l'irritation locale causée par le polype n'est pas capable de déterminer par voie réflexe les phénomènes congestifs et spasmodiques de l'accès d'asthme. Cette théorie, émise récemment par Bresgen dans la *Sammlung klinicher Vorträge* de Volkmann, lui semble très plausible, d'autant plus que chez son deuxième petit malade, l'ablation du polype a été suivie d'une diminution très marquée du nombre et de l'intensité des accès. H. R.

**Die papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut (Les productions papillaires de la muqueuse pituitaire), par C.-M. HOPMANN** (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band XCIII, Heft* 2, *p.* 213, 1883).

A la suite d'un coryza chronique étendu jusqu'à la partie pharyngienne des fosses nasales, on trouve parfois dans le méat inférieur des élévations papillaires plus ou moins prononcées. Parfois, leur relief est peu considérable et elles ne donnent guère lieu à d'autre manifestation que celle du catarrhe sec. La sécrétion muqueuse est souvent concrétée sous forme de croûtes; quelquefois il existe un écoulement purulent. La muqueuse est rouge, enflammée, inégale, couverte de petits soulèvements papillaires que l'exploration, pratiquée à l'aide de la sonde, fait très bien percevoir. La rhinoscopie antérieure montre directement les lésions. Rarement il s'agit de véritables papillomes nettement séparés et pédiculisés. Ces productions siègent de préférence dans les deux tiers antérieurs de la concavité du cornet inférieur. L'examen à l'aide du spéculum nasal de Duplay les fait facilement apercevoir.

Par leur aspect et leur structure, ces papillomes diffèrent complètement des polypes muqueux qui siègent de préférence dans le méat moyen.

Les polypes muqueux sont des fibromes œdémateux dans lesquels le tissu conjonctif tient la place la plus importante. L'épithélium n'y joue qu'un rôle très secondaire. Il n'en est pas de même pour les papillomes en question. On y rencontre des cavités kystiques d'origine glandulaire

revêtues d'épithélium. Quelques-uns même sont de véritables épithéliomas papillaires, de véritables adénomes.

L'existence antérieure du catarrhe naso-pharyngien est la caractéristique de leur étiologie et de leur pathogénie.

L'auteur propose, pour les traiter, une pince galvanocaustique qui permettrait de les détruire radicalement tout en se mettant à l'abri des hémorragies. A. MATHIEU.

**Nasal diphteria, par AMORY DE BLOIS** (*New York med. journal*, 3 *février* 1883).

L'auteur appelle l'attention sur les cas assez fréquents, suivant lui, de diphtérie nasale primitive et localisée. Cette forme, qui se rencontre surtout chez les enfants, est remarquable par son début insidieux, sans prodromes et presque sans aucun phénomène général ; l'unique symptôme est un enchifrènement avec écoulement nasal, peu abondant, d'abord aqueux, puis purulent ou même sanguinolent et d'une grande fétidité. Vient-on à examiner le malade on trouve la muqueuse nasale rouge, tapissée de plaques blanches assez adhérentes qui ne tardent pas à se rejoindre et à envahir toute la surface interne des narines jusqu'à l'orifice antérieur. Il y a peu d'engorgement ganglionnaire. On n'observe pas d'autres troubles fonctionnels qu'une certaine gêne de la respiration, et parfois des accès dyspnéiques qui semblent dus à un spasme de larynx. Dans la grande majorité des cas, le processus reste limité aux fosses nasales et marche spontanément vers la guérison au bout de huit ou dix jours ; d'autres fois il passe à l'état chronique, et peut persister pendant plusieurs semaines sans grand dommage pour le patient ; rarement enfin la diphtérie continue sa marche envahissante et gagnant le pharynx, le larynx et la trachée, prend alors une allure promptement fatale. Ces cas graves sont l'exception et la diphtérie nasale primitive est en somme une affection bénigne ; elle est quelquefois suivie de paralysie du voile du palais, jamais de paralysie diffuse. Le traitement consiste en injections antiseptiques et détersives, associées à un régime tonique. H. BARTH.

**Ueber ein merkwürdiges vasomotorischen Verhalten der Halsschleimhäute (D'un trouble vaso-moteur singulier des muqueuses de la gorge), par M.-J. ROSSBACH** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 4 *septembre* 1882).

Chez deux personnes ayant de l'asthénie nerveuse avec hyperesthésie pharyngée, l'auteur a noté des changements remarquables dans la circulation des muqueuses de la gorge. Tour à tour les muqueuses gutturales offraient une vive rougeur inflammatoire, ou, au contraire, un certain degré de pâleur. Rossbach s'est assuré que ces alternatives ne coïncidaient ni avec une suractivité cardiaque passagère, ni avec une plus forte réplétion des vaisseaux cutanés. Toutefois il estime qu'il s'agit d'un phénomème vasomoteur tout à fait comparable à la rougeur émotive de la face.

Il pense en outre qu'il existe un rapport intime entre ce phénomène et l'hyperesthésie pharyngée que présentaient les deux malades : l'un et l'autre étant l'expression d'une commune cause, l'extraordinaire excitabilité des nerfs sensitifs et vaso-moteurs de la gorge ainsi que de leurs centres.

La seule différence qu'offraient les deux malades, c'est que chez l'homme âgé de 50 ans la teinte normale ou même pâle succédait à l'hyperémie dans l'espace d'un certain nombre de minutes, tandis que chez la femme âgée de 40 ans les changements ne s'observaient que d'un jour à l'autre.

J. B.

**I. — Deux observations d'abcès rétro-pharyngiens, par Édouard MARTIN** (*Revue médicale de la Suisse romande, I*, 619, *octobre* 1881).

**II. — Retropharyngeal-Abscess und Scharlach, par H. LEWANDOWSKY** (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 8, *p.* 116, 20 *février* 1882).

**III. — Ueber Retropharyngealabscess im Säuglingsalter (Un cas d'abcès rétro pharyngien chez un nourrisson), par STOOSS** (*Corr.-Blatt für schweizer Aerzte n°* 16, *p.* 400, 15 *août* 1883).

I. — 1er *cas*. Enfant de 5 mois. Le 10 avril, à la suite d'une exposition au froid, toux et fièvre. Le 12, respiration nocturne bruyante. Le 20, en prenant le biberon, l'enfant est obligé de s'interrompre pour reprendre haleine, et une partie du lait revient par le nez. Rougeur et gonflement de la luette et des amygdales. Râles muqueux dans les grosses bronches. Sous l'influence d'un vomitif, légère amélioration pendant deux jours, puis retour de la gêne respiratoire. Le 28, le gonflement de l'isthme est moindre, mais la paroi postérieure gauche du pharynx est soulevée en avant par une tumeur, allongée de haut en bas, du volume d'une petite noix, commençant à 1 centimètre au-dessous de la luette, mais difficile à limiter inférieurement. Pas de gonflement du cou ni des ganglions cervicaux. Ronflement inspiratoire. Le 1er mai, la tumeur remonte jusqu'au bord inférieur de la luette, elle est dépressible. Tirage. Incision qui donne issue à une cuillerée à soupe de pus bien lié. Le lendemain, la tumeur pharyngée a disparu, mais la respiration ne redevient normale que le 4.

2e *cas*. Homme de 44 ans, sujet aux angines. Il y a six semaines, raideur du sterno-mastoïdien droit, puis gêne de la déglutition et élancements dans les oreilles. Depuis un mois, saillie de la région mastoïdienne qui augmente de jour en jour, ainsi que la dysphagie. Pour relever la tête, le malade est obligé de la prendre entre ses mains. Depuis une douzaine de jours, on a constaté une saillie dans le pharynx; enfin, depuis trois jours, un peu de fièvre vespérale.

Etat actuel : Sterno-mastoïdien droit soulevé dans toute son étendue par une tumeur rénitente; larynx dévié de 2 centimètres à gauche de la ligne médiane. La paroi postérieure droite du pharynx forme une saillie du volume d'un œuf de pigeon, remontant au-dessus de la luette, fluctuante dans sa portion inférieure, qui n'est perceptible qu'au doigt. L'incision donne issue à 3 cuillerées de pus bien lié, non fétide. Mais, 7 heures après l'opération, l'ouverture s'étant refermée, la gêne de la déglutition reparaît ainsi que la tumeur. Martin est obligé d'introduire à plusieurs reprises un stylet dans l'incision pour permettre l'écoulement du pus. 8 jours après l'opération, il ne reste qu'un peu d'empâtement de la région sterno-mastoïdienne.

II. — 1er *cas*. Petit garçon d'un an. Scarlatine contractée au contact de deux frères et sœurs plus âgés, qui succombèrent. Chez lui, l'éruption et l'angine sont modérées; mais, le 4e jour, survient un coryza purulent, puis de la raucité et du catarrhe des grosses bronches. Sans que l'enfant ait jamais eu de gêne respiratoire, en examinant sa gorge le 21e jour après le début de la scarlatine, l'auteur remarque une voussure fluctuante au côté gauche de la paroi postérieure du pharynx. L'incision donne issue à quelques cuillerées de pus ténu. Guérison sans incidents.

2e *cas*. Petit garçon de 7 mois. Le 10 décembre, dysphagie et fièvre ; le 12, éruption scarlatineuse avec angine peu considérable, mais coryza mucopurulent, profus. Le 23, la respiration est ronflante et l'on constate une saillie fluctuante, de la grosseur d'une prune, sur la paroi postérieure gauche du pharynx. L'incision donne jour à une cuillerée de pus louable. Guérison rapide.

Schmitz a déjà signalé le coryza parmi les causes de l'abcès rétropharyngien, en dehors de la scarlatine, toutefois. D'ailleurs, si l'on admet l'idée d'une adénite suppurée, le rôle étiologique de la rhinite est facile à comprendre, puisqu'une partie des lymphatiques aboutissant aux ganglions rétropharyngiens proviennent de la muqueuse nasale. En tout cas, chez les deux malades précédents, l'angine était trop insignifiante pour qu'elle puisse avoir donné lieu à l'abcès. Une autre particularité de ces deux observations, c'est la marche subaiguë des accidents sans dyspnée, suffocation ou dysphagie marquées.

III. — Enfant de 5 mois, robuste. Au 2e jour d'une éruption de varicelle, très discrète, on remarque pendant le sommeil un ronflement inspiratoire, sans rien de visible dans le pharynx.

Les 2 jours suivants, outre l'accroissement considérable du ronflement, surviennent de la dyspnée et de la dysphagie.

Le 3e jour, à la vue, on ne percevait encore rien dans la gorge, mais le doigt sentait, au-dessous de l'amygdale gauche, une voussure globuleuse, lisse, dont les limites inférieures ne pouvaient être atteintes. Incision immédiate qui laissa écouler du pus jaune clair, inodore.

Au bout de 4 jours, l'abcès, s'étant de nouveau rempli, fut l'objet d'une deuxième incision, suivie de guérison définitive.

Stooss fait remarquer que les cas à marche aussi aiguë que le sien ne peuvent guère s'expliquer par la préexistence d'une adénite. Il admet plutôt qu'une pustule de varicelle a provoqué directement une pharyngite phlegmoneuse.

Dans la discussion, *Flesch* insiste sur la structure spéciale du pharynx nasal chez les nourrissons. Les nombreux plis longitudinaux de la muqueuse, garnis de follicules, offrent un terrain très favorable aux processus inflammatoires qui n'ont pas de peine à se propager dans le tissu lâche sous-muqueux. (*R. S. M.*, II, 757 ; XIII, 209 ; XIX, 620 et 622 ; XX, 703 ; XXI, 703.) J. B.

**Excision d'un épithélioma de l'amygdale, impliquant la base de la langue et le voile du palais, par Clement LUCAS** (*The Lancet*, 21 *octobre* 1882).

L'auteur a procédé de la manière suivante : le malade étant chloroformisé, on commença par diviser la joue par une incision étendue de la commissure buccale au bord antérieur du masséter, et on se hâta de lier l'artère faciale dans la plaie. On plaça ensuite un rétracteur dans la bouche du côté gauche, et avec des pinces on tira la langue en avant, pendant que les deux lambeaux de la joue demeuraient écartés. Le dos de la langue et l'amygdale devinrent ainsi facilement accessibles. Le voile du palais fut divisé près de la ligne médiane à l'aide d'un cautère de Paquelin, et disséqué soigneusement avec son pilier antérieur et l'amygdale. La langue fut ensuite sectionnée sur la ligne médiane à l'aide d'un scalpel, et disséquée de dedans en dehors jusqu'à la rencontre de l'artère linguale, qui fut coupée entre deux ligatures. On disséqua enfin de bas en haut les tissus si-

ués entre la langue et la mâchoire, en ayant soin de toucher avec le thermocautère tous les points qui saignaient, et finalement la tumeur, avec la base de la langue, l'amygdale droite et la moitié du voile du palais, fut enlevée en un seul morceau. Le malade guérit rapidement et sans aucun incident fâcheux ; mais au bout de six mois il y eut récidive dans les ganglions du cou.

H. BARTH.

**Abnorm langer Processus styloidaeus als Ursache von Schling, beschwerden (Longueur excessive de l'apophyse mastoïde comme cause de dysphagie), par WEINLECHNER** (*Wiener med. Wochenschrift*, 5, 1882).

Il s'agit de 2 cas recueillis chez des femmes. Le premier était bilatéral. On trouvait dans la région de l'amygdale droite un corps dur faisant saillir la muqueuse et se dirigeant en haut et en dehors. Une forte pression exercée de dedans en dehors produisit un craquement et fit disparaître la saillie. En même temps la dysphagie ne se reproduisit plus. Onze mois après, nouvelle dysphagie, nouveau traitement semblable.

Dans le deuxième cas, on trouvait à l'extrémité inférieure de l'amygdale une nodosité dure qui la faisait saillir en dedans : il y avait des douleurs spontanées à gauche seulement. L'auteur ne put briser l'apophyse styloïde : les douleurs subsistèrent.

R. CALMETTES.

**Exstirpatio pharyngis carcinomatosi, par J. ISRAEL** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 44, p.* 685, 29 *octobre* 1883).

Alcoolique, âgé de 64 ans, atteint de catarrhe bronchique chronique. Il a une dysphagie telle qu'il ne peut avaler aucun aliment solide.

Au laryngoscope on voit que le bord gauche de l'épiglotte, le ligament aryépiglottique gauche, la paroi antérieure du pharynx au-dessous du cartilage aryténoïde, sont le siège d'une tumeur verruqueuse et anfractueuse qui ne laisse voir du larynx rien que la corde vocale supérieure droite : le sommet du cartilage aryténoïde gauche fait seulement un peu saillie hors de la tumeur.

3 jours après avoir pratiqué une trachéotomie préventive, Israël extirpa le pharynx.

L'incision externe, commençant à deux travers de doigt en avant de l'angle gauche de la mâchoire, s'étendait en dedans, de la carotide à la corne de l'os hyoïde, et en bas jusqu'aux anneaux de la trachée. Puis, après avoir divisé le pharynx, il fit tourner le larynx sur son axe de façon à amener en avant sa face postérieure, ce qui lui permit d'enlever la tumeur.

La plaie fut laissée ouverte, la glotte étant tamponnée avec de l'ouate glycérinée.

Jusqu'au 5e jour, la température et la santé générale restèrent normales ; dès lors apparut de la fièvre, et l'opéré succomba le 7e jour.

L'autopsie révéla la présence d'un phlegmon gangreneux entre le pharynx et le larynx et une hépatisation des lobes inférieurs des deux poumons. J. B.

**A common form of vocal disability resulting from pathological processes, par W. LANGMAID** (*American laryng. assoc.; Med. News*, 26 *mai* 1883).

L'auteur a recherché la cause de ces impuissances vocales qu'on observe assez fréquemment chez les chanteurs ou les gens qui se fatiguent à l'excès la voix. En général, l'émission de la voix est impossible pour un son, une note, ou cette émission est notablement modifiée, tandis que les

notes en dessous de ce point sont tout à fait normales. A l'examen on trouve, en plus d'une certaine congestion des cordes vocales, un relâchement des cordes, dû à la parésie des muscles constricteurs et tenseurs.

En pratiquant l'examen laryngoscopique, pendant que le sujet monte la gamme, on peut noter un point où survient subitement un relâchement des cordes et en même temps l'abaissement de la voix. Ce point correspondrait à la 9e de la clef d'ut pour les sopranos, à la 7e pour les voix plus graves.

H. Daly qui a observé un grand nombre de chanteurs, a trouvé chez une prima donna atteinte de cette impuissance vocale limitée, un grain de suie fixé sur la corde et ayant amené de la congestion sous-jacente et périphérique. A. CARTAZ.

**Un cas d'aphonie réflexe a stomacho lœso, par Ch. LIÉGEOIS** (*Tribune médicale*, 29 *juillet* 1883).

Il s'agit d'un malade de 29 ans qui, ayant présenté quelques prodromes du rhumatisme articulaire, est soumis à la teinture de colchique. Le deuxième jour du traitement, malgré des nausées, il mange de la soupe au lard et, quelques instants après, il est pris de frissons, étourdissements et aphonie : aucun mot ne peut être prononcé. Les mouvements sont libres; l'intelligence intacte; pas de fièvre. Malaise dans la région épigastrique. On prescrit un grain d'émétique et une potion au chloral. Une heure après l'aphonie avait disparu; elle avait duré quatre heures.

L'auteur ne pense pas que l'on doive incriminer le colchique, mais l'indigestion qui, par réflexe, a déterminé la perte de la parole. Il rapproche ce fait de ceux qu'en pareil cas J. Frank a déjà signalés.

OZENNE.

**Fatal case of laryngismus stridulus, par Mac MUNN** (*The Lancet*, 9 *décembre* 1882).

Un enfant âgé de dix-huit mois avait présenté à diverses reprises des accès de spasme glottique. L'auteur, consulté, attribua ce phénomène convulsif à la dentition, et, trouvant la gencive inférieure tendue et gonflée au niveau des premières petites molaires, il pratiqua une légère scarification. A peine le bistouri eut-il touché la dent sous-jacente, que l'enfant poussa un long cri qui fut arrêté brusquement par une violente contracture de l'orifice glottique; l'apnée devint aussitôt complète, la face pâlit et se couvrit de sueur; les membres se raidirent, et l'enfant succomba en moins d'une minute, sans qu'il fût possible de lui porter secours. H. BARTH.

**Beitrag zur Kenntniss des phonischen Stimmritzenkrampfes (Contribution à l'étude du spasme de la glotte pendant la phonation. Un cas d'aphonie spasmodique hystérique), par George JONQUIÈRE** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1882).

On ne connaît encore que 32 cas de cette affection rare.

Le 33e, décrit par l'auteur, concerne une jeune fille de 17 ans, d'une famille de névropathes et hystérique elle-même. A 15 ans, quelques jours après sa première période menstruelle, elle devint subitement aphone. Cet état dura sans changement pendant 13 mois, au bout desquels la voix revint brusquement. Elle avait été faradisée 5 fois sans succès. Trois mois après, rechute. La

maladie consiste en cette curieuse particularité que, si l'on fait prononcer *e* à la malade, les deux cordes vocales supérieures se rapprochent sous forme de deux saillies qui se touchent fortement en laissant en arrière une petite lacune au fond de laquelle on voit les cordes vocales inférieures formant une petite fente triangulaire ouverte en arrière. On n'aperçoit que rarement les cordes vraies dans toute leur étendue; on les voit, par exemple, si les cordes supérieures ne se rapprochent qu'un peu de temps après elles, ou bien si, à la fin de la phonation, elles s'écartent plus vite; on les voit alors tellement comprimées l'une contre l'autre dans leurs deux tiers antérieurs qu'il leur est impossible de vibrer. Si l'on fait prononcer l'*e* à voix très basse, cet état est encore plus apparent, parce que les cordes supérieures ne se rapprochent pas autant. L'absence de réunion dans le tiers postérieur n'est pas due à l'insuffisance de l'aryténoïdien transverse, puisque les cartilages aryténoïdes se rapprochent énergiquement; elle est plutôt due à une hyperkinésie des crico-aryténoïdiens. On voit que les fausses cordes renferment des fibres musculaires (Hyrtl, Santorini), et qu'il s'agit d'un spasme combiné de la glotte et de la fausse glotte, ce qui n'est mentionné dans aucun des 32 cas connus.

Le caractère spasmodique, l'âge de la malade, l'absence de lésion locale en dehors d'un goitre auquel l'auteur attribue certaine action sur les nerfs laryngés inférieurs, les autres troubles nerveux, l'anesthésie du palais et de la gorge, la photophobie commune à la malade, à sa mère et à son frère, et les vomissements nerveux de la sœur permettent d'admettre la nature hystérique de la maladie. La compression progressive des hypochondres avec le poing ramène immédiatement la voix; après quelques séances, elle se maintient pendant plusieurs heures à la suite de la compression. La malade apprend à pratiquer elle-même la compression hypogastrique avec ses deux poings toutes les fois qu'elle veut parler. Le compresseur aortique produit les mêmes résultats. Pendant la compression, on constate au laryngoscope que les cordes vocales ont leurs mouvements normaux. La volonté n'a aucun rapport avec ce spasme, puisqu'il se produit également au moment de la toux et du rire. La guérison subite et définitive de cette seconde attaque survint au bout de onze semaines, à la suite d'une angine. La photophobie est devenue presque nulle. Fait curieux, la première attaque d'aphonie était survenue à la suite d'une angine. R. CALMETTES.

**Zur Aetiologie der Kehlkopflähmungen (Étiologie des paralysies laryngées), par SCHECH** (*Monat. für Ohr.*, *n*° 8, *août* 1883).

Les auteurs classiques sont très réservés relativement à l'admission d'une paralysie du nerf récurrent d'origine rhumatismale. Au bout de 12 ans Schech, aussi sceptique que les autres, peut cependant en confirmer l'existence.

Un cordonnier qui s'était mis en bras de chemise à la fenêtre ayant le corps tout en sueur, fut pris d'un frisson; quelques minutes après, sa voix était altérée, et on trouvait au laryngoscope une paralysie du récurrent droit. C'était là, pour ainsi dire, un cas foudroyant. Un traitement électrique de quelques semaines amena la guérison.

Une femme ayant bu de l'eau froide sentit sa voix devenir rauque. Il existait une paralysie du récurrent droit et une parésie des dilatateurs et des constricteurs gauches. Un examen répété ne put faire constater aucune compression. Comme au bout de quatre semaines l'électricité ne produisait rien, la malade perdit patience et ne revint pas.

Ces cas appartiennent aux paralysies rhumatismales directes de Gerhardt; ici le nerf est frappé primitivement. Dans la forme rhumatismale

catarrhale, beaucoup plus fréquente, la lésion porte d'abord sur la muqueuse, la paralysie est secondaire. Dans le premier cas on a la forme névropathique, dans le second la forme myopathique (myosite, imbibition séreuse, dégénérescense graisseuse, etc.).

Un gymnasiarque de 18 ans était atteint de laryngite aiguë avec aphonie, qui disparut peu à peu, bien que le malade donnât plusienrs heures de leçons par jour; mais la voix resta rauque. Hyperémie de la muqueuse, position cadavérique et immobilité absolue de la corde droite excavée, traces de contractions dans le ligament ary-épiglottique droit et parésie du thyrobaryténoïdien interne gauche. Guérison complète au bout de 15 jours d'électrisation.

Ici la laryngite aiguë était la cause première de la paralysie. La cause, d'abord catarrhale rhumatismale, devint ensuite traumatique (efforts vocaux, Gerhardt).

L'auteur rapporte un exemple d'une affection rare : paralysie intermittente d'origine paludéenne.

Le malade, dont les accès étaient devenus irréguliers et réfractaires, présentait un fort enrouement aussitôt après. L'examen faisait reconnaître une paralysie du tenseur des cordes qui disparaissait par l'électricité. Comme un jour après l'accès le malade ne put se rendre chez Schech, il fut facile de voir que la paralysie avait tendance à persister, car elle ne céda que le jour où il put se faire électriser.

Puis il décrit une observation de paralysie du récurrent droit et de parésie du récurrent gauche d'origine indubitablement spinale (symptômes antérieurs de méningite ou d'hémorragie spinale). Quant à la cause de la maladie, il faut admettre ou bien la fièvre intermittente dont le malade avait été atteint ou l'intoxication cuprique (il dirigeait une fabrique). La guérison fut d'ailleurs complète ; mais tandis que la corde gauche reprenait ses mouvements normaux au bout de neuf jours, la droite ne commençait à perdre sa position cadavérique qu'au bout d'un mois.

Il termine par quelques remarques sur l'électrisation dans les paralysies graves, principalement du récurrent. L'application cutanée s'est montrée toujours insuffisante, aussi commence-t-il immédiatement par la voie endolaryngée. Il obtient les meilleurs résultats de l'emploi alternatif des deux sortes de courants. Il applique le pôle + sous forme d'éponge sur les cornes inférieures du thyroïde du côté malade, et le pôle — dans le sinus pyriforme correspondant et sur les points irritables des muscles malades. Le courant devra être juste assez fort pour contracter l'orbiculaire buccal. A la fin de la séance, il produit quelques contractions fortes ou bien change le courant. Dans les paralysies spinales, il applique le pôle + aux vertèbres cervicales et à la méthode endolaryngée, il ajoute la galvanisation descendante et transversale de la moelle. Naturellement dans les compressions et les lésions centrales il s'abstient de tout traitement local. R. CALMETTES.

**I. — Case of syphilitic laryngitis; chondritis ; gummata of the neck ; perforation and formation of complete laryngeal fistula ; tracheotomy ; cure, par George LEFFERTS** (*Arch. of laryngology, IV, n° 1*).

**II. — Case of complete laryngeal fistula, electrolysis, cure, par Pugin THORNTON** (*Ibidem, IV, n° 2*).

I. — Chez un homme de 29 ans, atteint de syphilis pharyngo-laryngée avec gommes du cou et du cartilage thyroïde, l'auteur a constaté une fistule la-

ryngée, consécutive à l'ulcération de la tumeur gommeuse, laissant passer l'air sans bruit dans la respiration calme, avec un léger sifflement dans les efforts inspiratoires brusques.

A l'examen laryngoscopique, on constate toutes les lésions d'une périchondrite étendue des cartilages cricoïde et thyroïde sur la moitié gauche du larynx. Une petite sonde engagée par la fistule conduit en effet sur une portion nécrosée. Le gonflement de la région comble à moitié l'orifice glottique ; la partie droite est normale. Les cicatrices et le gonflement s'étendent jusqu'au-dessous du larynx dans la trachée.

L'auteur prescrit le traitement spécifique (hydrargyre et iodure), et, ne pouvant arriver à l'occlusion de la fistule, se décide à pratiquer la laryngotrachéotomie sur la fistule elle-même. Après avoir détergé toutes la région, nettoyé les bords de la plaie, l'auteur laissa une canule à demeure comme pour la trachéotomie simple. Quelques jours plus tard, on put l'enlever, et la cicatrisation se fit complètement ; la cicatrice était, il est vrai, dépressible, par défaut du cartilage sous-jacent.

II. — Femme de 38 ans, atteinte de fistule à la suite d'une tumeur cervicale que la malade croit avoir été diagnostiquée kyste et non abcès. Des injections iodées, faites après l'incision, s'infiltraient jusque dans la gorge, la malade les sentait. Une sonde glissée par l'orifice externe venait jusque dans le larynx. L'examen au miroir montrait dans la fosse innominée une gouttelette de pus qui sortait d'un petit orifice. Des injections phéniquées amenèrent la cicatrisation de l'orifice interne. Mais la fistule, ainsi transformée, résistait à tout traitement. On fit l'avivement avec union des bords, la fistule s'agrandit ; l'irritation du trajet par un drain à demeure, le tout sans succès. L'auteur essaya alors les cautérisations par l'électrolyse et obtint une guérison complète. Il n'indique pas s'il s'agissait d'une fistule branchiale. A. CARTAZ.

**Ossification of the right arytenoid cartilage, separation and expulsion following thyrotomy for the removal of a papilloma, par Clinton WAGNER** (*Arch. of laryngology, IV, n° 1*).

Homme de 53 ans qui avait éprouvé de l'enrouement à la suite d'un refroidissement. En quelques mois survient une aphonie complète, de la difficulté respiratoire sans changement dans les conditions générales de la santé. L'auteur découvre un large papillome occupant le tiers antérieur de la corde vocale droite. Le malade se refuse à laisser tenter l'ablation.

Un an plus tard le malade revient, émacié, atteint de dyspnée, avec attaques fréquentes de spasme glottique. La tumeur avait grossi à tel point qu'elle remplissait presque l'orifice laryngé. L'auteur tenta l'ablation par les pinces, sans pouvoir réussir. On pratiqua alors la trachéotomie et la thyrotomie. Au 6e jour on enlève la canule, et le 17e jour le malade quitte l'hôpital débarrassé de sa tumeur.

Quelques semaines plus tard le malade apportait à son médecin un fragment rejeté dans une violente quinte de toux, et qu'on reconnut pour le cartilage aryténoïde droit. A. CARTAZ.

**A case of membranous occlusion of the larynx following diphteria; thyrotomy, cure, par Clinton WAGNER** (*Arch. of laryngology, vol. IV, n° 3*).

Enfant de 3 à 8 mois, apporté à l'hôpital pour un croup. On pratique la trachéotomie après avoir essayé sans succès l'emploi du tube laryngé du Dr O'Dwyer. Des fausses membranes sont rejetées en assez grand nombre. L'enfant guérit, mais impossible de retirer la canule. A chaque tentative, dyspnée, attaques de suffocation. M. O'Dwyer agrandit l'ouverture trachéale, et ne trouve que quelques granulations sur les bords de la plaie.

L'auteur, en constatant que la dyspnée était surtout inspiratoire, crut reconnaître une obstruction laryngée siégeant au-dessus de la plaie trachéale, papillome ou bride cicatricielle. Il pratique la thyréotomie et trouve, en effet, au-dessous des cordes vocales, un peu au-dessus du bord inférieur du thyroïde, un pont membraneux obturant les deux tiers du calibre du larynx. La bride fut coupée, excisée ; la canule à trachéotomie laissée en place quelques jours par précaution. L'enfant sortit complètement guéri.

Wagner regarde cette bride cicatricielle comme le résultat de l'inflammation diphtéritique et non de la trachéotomie. A. CARTAZ.

**Ueber einen Fall von Cyste des Lig. ary-epiglotticum sinistrum, par KRAKAUER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* **45**, *p.* 701, 5 *novembre* 1883).

Garçon de 10 ans affecté depuis des années d'une dyspnée intense et d'une raucité complète.

L'examen laryngoscopique révèle la présence d'un kyste colossal vu son siège, car il est de la grosseur d'une noix, développé aux dépens du ligament aryépiglottique gauche et non pédiculé.

Ni l'incision ni l'aspiration ne purent en évacuer le contenu, qui était colloïde et très visqueux.

Il fallut extirper la tumeur par la pharyngotomie sous-hyoïdienne.

Krakauer ne connaît qu'un cas comparable au sien, c'est celui publié par Sommerbrodt, mais il s'agissait d'une tumeur pédiculée n'ayant que les dimensions d'une cerise et contenant un liquide séreux. J. B.

**Rétrécissement chronique du larynx ; cathétérisme, amélioration, par Louis SECRETAN** (*Rev. médic. de la Suisse romande*, *août* 1883).

Homme de 22 ans, pris à la fin d'une fièvre typhoïde, de dyspnée et d'aphonie avec accès de suffocation. Depuis lors, gêne respiratoire, inspiration croupale, cornage pendant le sommeil, et au moindre effort, voix voilée.

Au laryngoscope, rougeur et hypertrophie des cordes vocales. Dans l'inspiration ordinaire, elles n'atteignent même pas la position cadavérique et la glotte n'a guère plus de 2 millimètres dans son plus grand diamètre. Dans l'inspiration profonde, au lieu de s'écarter davantage, elles s'adossent presque dans leur tiers antérieur ; en outre, l'espace aryténoïdien est rétréci par une bride cicatricielle.

Cathétérisme méthodique suivant le procédé de Schrœtter. Assez souvent on est obligé d'interrompre le traitement, vu l'irritation qu'il détermine. Néanmoins, au bout de quelques mois, l'inspiration, au repos, n'est presque plus sifflante, le cornage du sommeil a disparu, la glotte en se dilatant atteint 4 millimètres dans son plus grand diamètre; seule la voix ne s'est pas améliorée. J. B.

**Stenose des Kehlkopfes und der Luftröhre bei Rhinosklerom (Sténose du larynx et des canaux aériens dans le rhinosclérome), par O. CHIARI** (*Wiener med. Jahrbücher, Heft* 2, *p.* 169, 1882).

On connaît une trentaine de cas de rhinosclérome, et l'on n'a vu que cinq fois cette affection s'accompagner de rétrécissement du larynx et de l trachée. Or, ces organes, d'après l'examen histologique de Ganghofner, sont le siège d'un processus analogue à celui des parties extérieures; aussi cet auteur donne-t-il à l'affection connue sous le nom de chordite inférieure hypertrophique chronique la dénomination de sclérome du larynx

et de la trachée. Il admet même que cette variété de sclérome peut survenir indépendamment du rhinosclérome vulgaire. Sans accepter cette dernière conclusion, O. Chiari s'associe à l'opinion de Ganghofner sur la nature du processus histologique.

Son examen a porté sur les organes d'une femme présentée en 1879 par Jarisch à la Société des médecins de Vienne et qui succomba le 12 novembre de la même année. On trouva le voile du palais et le pharynx envahis par du tissu de cicatrice, semé de plaques cartilagineuses, qui réduisait à un trou fort étroit l'orifice postérieur des fosses nasales. Les parties supérieures du larynx étaient saines, mais au-dessous des cordes vocales inférieures commençaient brusquement des lésions qui se prolongeaient jusqu'au septième anneau de la trachée. Sur tout cet espace, la muqueuse épaissie présentait des bosselures, des saillies qui rétrécissaient notablement le calibre du canal respiratoire ; elle était transformée en tissu fibreux, cicatriciel avec des parties dures comme du tissu osseux. Au-dessous du 7e anneau, la muqueuse n'offrait plus d'épaississement, elle était seulement semée de quelques grains miliaires très durs.

Voici les résultats de l'examen histologique :

1° Au niveau et au-dessous des cordes vocales inférieures, la couche épithéliale épaissie envoie des prolongements entre les papilles, qui sont infiltrées d'une énorme quantité de cellules rondes : ces cellules se trouvent dans toute la muqueuse, qui est quatre fois plus épaisse qu'à l'état normal, et jusqu'à la surface de l'appareil musculaire strié.

2° Dans le segment trachéal, l'épithélium à cils vibratiles est remplacé par de l'épithélium pavimenteux stratifié. Les papilles sont hypertrophiées, infiltrées de cellules arrondies. Au-dessous du corps papillaire, on trouve une mince couche de cellules rondes, puis une couche de tissu fibreux dont les faisceaux, parallèles à la surface muqueuse, ne contiennent qu'un petit nombre de cellules fusiformes ou rondes qui accompagnent les rares vaisseaux; le tissu fibreux livre passage à quelques canaux glandulaires.

Au-dessous de la couche fibreuse qui constitue le tiers de l'épaisseur de la membrane, on voit une grande quantité de cellules rondes et fusiformes; les premières forment parfois des amas considérables; ici encore quelques faisceaux fibreux, mais surtout des vaisseaux épaissis. Ce qu'il y a de caractéristique dans cette dernière couche, c'est l'existence de noyaux cartilagineux, plongés au milieu des faisceaux et des éléments cellulaires, et dont quelques-uns sont en voie de calcification ou même d'ossification véritable avec lamelles, canaux de Havers et espaces médullaires.

Ces ecchondroses proviennent en grande partie du périchondre des anneaux, qui, sur plusieurs points, est épaissi et prend part au processus inflammatoire.

Les acini glandulaires envahis par la prolifération des cellules rondes sont dissociés et parfois comprimés et détruits; on en trouve des débris au milieu des faisceaux fibreux.

3° Sur les limites du segment trachéal lésé, l'épithélium fait défaut, la membrane propre est épaissie; les couches superficielles, traversées par de nombreux vaisseaux, contiennent un grand nombre de cellules rondes qu'on retrouve encore autour des culs-de-sac glandulaires.

4° Plus loin, dans les parties qui paraissent saines à l'œil nu, on ne constate que la desquamation épithéliale et une infiltration cellulaire très discrète de la muqueuse, ainsi que la présence de quelques nodules cartilagineux et osseux.

D'après ces détails, le sclérome du larynx et de la trachée peut être assimilé au rhinosclérome, tel que le décrivent les auteurs. L. GALLIARD.

**Two cases of laryngeal growths..., par Felix SEMON** (*Medico chir. Transactions, vol. LXV, p.* 163).

L'auteur relate, dans cette note, deux observations dans lesquelles il a pu, par la méthode intralaryngée, extirper des tumeurs d'un accès difficile.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une jeune femme porteuse de papillome sous-glottique multiple et sessile. La partie saillante put être enlevée avec la pince; mais la tumeur repullulait facilement en dépit des cautérisations au nitrate d'argent. Il subsistait toujours une masse assez volumineuse placée au-dessous de la corde vocale droite, que la pince ne pouvait atteindre. Semon employa un couteau galvano-caustique qu'il fit couder sous un angle droit ; il put introduire le couteau jusque sur la tumeur et en obtenir la destruction par cautérisations en plusieurs séances. La malade guérit complètement sans aucune altération de la voix.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de 38 ans, atteint d'aphonie et de troubles graves de la respiration, dûs à la présence d'un volumineux fibrome très dur, très vasculaire, couvrant tout l'orifice glottique, implanté par une large base sur la commissure antérieure des cordes et sur le tiers antérieur de la corde droite. L'auteur fit plusieurs tentatives d'extraction avec l'écraseur galvano-caustique après avoir anesthésié la gorge et le larynx par les méthodes combinées de Schrötter (badigeonnages de chloroforme, bromure et morphine) et de Rossbach (pulvérisations d'éther sur le cou). Ce ne fut qu'après des efforts répétés qu'il put enlever la tumeur en totalité. Elle mesurait un demi-pouce de diamètre, un pouce et quart de circonférence.

Semon discute les raisons qui lui ont fait rejeter la thyrotomie pour agir par les voies naturelles; une des principales, en dehors de la nécessité de retenir les malades à l'hôpital, est que la thyrotomie entraîne souvent la perte partielle ou totale de la voix, qu'elle ne donne pas toujours un espace suffisant pour agir, et qu'elle donne moins de guérisons complètes que la méthode endolaryngée. A. CARTAZ.

**Fracture of the larynx by direct violence, par OLIVER** (*The Lancet*, 30 *juin* 1883).

Un individu mort sur la voie publique présentait au niveau du crâne un certain nombre de plaies contuses paraissant dues à des coups de bâton. De plus, au niveau du larynx, on constatait les lésions suivantes : une érosion linéaire, très semblable aux plaies du crâne quoique moins large et moins profonde, marquait la peau sur le point proéminent du cartilage thyroïde ; celui-ci était brisé en plusieurs fragments, dont l'un flottait presque librement dans la cavité laryngienne. Au niveau de l'arcade du maxillaire inférieur se voyait une plaie béante, parallèle au bord de l'os et probablement due aussi à un coup de bâton porté sur la surface résistante du menton. H. BARTH.

**I. — Foreign bodie in the air passages, with especial reference to oases of « puff and dart », par Robert BRUCE** (*The Lancet*, 17 *février* 1883).

**II. — Foreign body in the left bronchus, removal, cure, par R.-F. WEIR** (*New-York surg. Society ; Med. News*, 24 *novembre* 1883).

I. — L'auteur relate trois cas d'accidents survenus par suite de l'usage du jouet connu en Angleterre sous le nom de « puff and dart », et qui n'est autre chose qu'une sarbacane dont le projectile est formé par une aiguille d'acier montée sur un tampon d'étoupe. Il suffit d'une inspiration brusque au moment où la sarbacane est appliquée contre la bouche, pour que la flèche, attirée brusquement, pénètre dans les voies aériennes ; dans les efforts de toux l'aiguille (dirigée la pointe en haut) se fiche presque fatalement dans la paroi bronchique, et l'extraction du corps étranger devient impossible. Sur les trois observations rapportées deux se sont terminées par la mort ; dans un seul cas le projectile fut rejeté spontanément par la toux, huit mois après l'accident, l'aiguille rouillée s'étant rompue en deux morceaux ; le malade finit par se rétablir. Voici le résumé du premier fait, qui donne une idée suffisante des autres :

Un garçon de 11 ans, occupé à jouer au *puff and dart* était sur le point de lancer son projectile quand il fit par distraction un brusque mouvement inspiratoire. Il s'écria aussitôt qu'il avait avalé la flèche ; il toussa violemment et fit de grands efforts d'éructation sans aucun résultat. Le lendemain, quand l'auteur le vit, il n'éprouvait ni toux, ni dyspnée, et parlait naturellement ; mais à l'auscultation on trouvait une notable diminution du murmure vésiculaire dans tout le côté gauche, preuve évidente que le corps étranger était allé se loger dans la bronche correspondante. En raison du double péril d'une inflammation pulmonaire si la flèche restait logée dans les voies aériennes, ou d'un accès de suffocation peut-être mortel, si elle était rejetée brusquement dans le larynx, on se décida à pratiquer la trachéotomie ; celle-ci faite, comme rien n'était rejeté, on essaya de reconnaître la position du corps étranger à l'aide d'une sonde, mais on ne put y réussir et de violents accès de toux, accompagnés de l'expectoration d'une quantité de mucus spumeux, obligèrent à cesser bientôt ces manœuvres. A la suite de l'opération le malade tomba dans une sorte d'abattement extrême, avec fièvre, quintes de toux fréquentes, amaigrissement et diarrhée. Cette situation dura cinq semaines environ, au bout desquelles il parut aller mieux, et au bout de trois mois il avait repris assez de forces pour qu'on crût pouvoir tenter de nouveau l'extraction du projectile. Cette seconde tentative échoua comme la première, et le malade fut envoyé à la campagne ; il en revint un mois plus tard dans un bon état général, et comme nul symptôme n'indiquait la mise en liberté du corps étranger, ou la possibilité du rejet spontané, on se décida à faire une troisième recherche, mais cette fois avec des instruments très perfectionnés. On parvint plusieurs fois à saisir quelque chose, mais on trouvait une telle résistance à la traction, qu'on n'osa passer outre, craignant d'avoir affaire à une bifurcation bronchique. Après cette troisième opération infructueuse, le malade eut de nouveau la fièvre, et bientôt après se développèrent tous les signes d'une pleurésie avec épanchement, qui ne tarda pas à remplir presque entièrement la cavité pleurale. Une ponction donna issue à une grande quantité de pus très fétide, mêlé de gaz ; l'opération de l'empyème fut ensuite pratiquée, mais le malade, épuisé par ce dernier traumatisme, succomba dès le lendemain, sept mois juste après l'accident. A l'autopsie on trouva l'aiguille solidement enchassée en travers d'une ramification du 2e ordre, le parenchyme

au voisinage étant légèrement induré et œdématié; il fut impossible de découvrir ni abcès pulmonaire, ni fistule pleuro-bronchique.

La conclusion de l'auteur est que dans ces cas spéciaux où la forme particulière du projectile laisse peu de chances de l'extraire, il vaut mieux s'abstenir de toute intervention. H. BARTH.

II. — La malade, âgée de 25 ans, avait été anesthésiée pour une extraction dentaire. Pendant le sommeil anesthésique, un fragment de la dent s'échappa du davier et tomba dans les voies aériennes. Attaque formidable de dyspnée qui cesse au bout de quelques instants et se renouvelle plusieurs fois pendant les six jours que la malade passa chez elle avant de venir à l'hôpital. En l'auscultant, Weir reconnut un bruit de sifflet, au niveau de la 6e vertèbre dorsale, à deux pouces de la ligne médiane à gauche. Le son disparaissait quand on changeait la position de la malade. On conclut à l'existence d'un corps étranger de la bronche gauche.

Les attaques de dyspnée devenant très fréquentes et très inquiétantes, on se décide à pratiquer la trachéotomie. Après anesthésie, on essaye de faire rejeter le corps étranger en renversant la tête en bas, en secouant, ballottant la poitrine; tout est inutile. La trachée est alors largement ouverte aussi bas que possible. Un forceps nasal introduit à 4 pouces et demi de profondeur, vers la bronche gauche, rencontre la dent, mais on ne peut l'extraire; après des tentatives des plus variées, on put l'arracher avec un fil d'argent en boucle et la pince nasale. C'était un morceau de dent de sagesse. Bronchite légère, guérison.

Sands cite à cette occasion le fait d'un malade trachéotomisé chez lequel un fragment de canule (en caoutchouc durci) était tombé dans la bronche gauche. Sands put passer le doigt dans la plaie et sentit le corps étranger juste au-dessous de la bifurcation. Une pince lui permit de l'extraire. Il soutient que dans la plupart des cas on peut faire pénétrer l'index, par une plaie trachéale, jusqu'à la bifurcation et un peu au delà, et constater par ce moyen le siège d'un corps étranger. A. CARTAZ.

**Auscultation transauriculaire, par GELLÉ** (*Compt. rend. de la Soc. de biologie, n° 15, 1882*).

M. Gellé expose une nouvelle méthode d'exploration de l'oreille, l'auscultation transauriculaire pendant l'épreuve des pressions centripètes. Cette épreuve consiste à modifier, au moyen de la poire à insufflation ordinaire à l'aide d'un tube de caoutchouc qui l'unit au conduit auditif, la sensation sonore produite par l'application d'un diapason *la* sur la bosse frontale du sujet. C'est le médecin qui donne la pression et modifie ainsi la conductibilité de l'appareil de transmission du son à chaque coup, et le sujet annonce qu'il entend le son baisser d'intensité en même temps si l'oreille est saine.

Voici le dispositif de l'épreuve : un tube de caoutchouc, semblable à l'otoscope, est fixé par un bout à l'oreille du patient et l'autre extrémité est placée à l'oreille de l'observateur. Ce tube reçoit à son milieu l'insertion du tube de la poire à insuffler. Un diaphragme de baudruche isole l'oreille de l'observateur, de façon que l'air lancé par la poire va frapper le tympan du sujet, mais non celui de l'opérateur. Un diapason vibrant est posé sur la bosse frontale du même côté.

Les choses ainsi disposées, si l'on presse la poire, on détermine à volonté des tensions légères de la cloison et de la chaîne des osselets jusqu'à

la fenêtre ronde, car le sujet sent le son baisser d'intensité à chaque coup. Or, l'observateur perçoit aussi de son côté les modifications subies par le son à son passage à travers l'oreille du sujet, et, si l'oreille est normale, il y a accord et concordance complète entre les variations senties par le sujet et par le médecin. L'auscultation transauriculaire permet donc de constater, d'après les modifications du son, le jeu fonctionnel de l'organe d'accommodation de l'oreille.

Mais il n'y a pas toujours accord et concordance entre les sensations des deux écouteurs. L'état pathologique change l'aptitude de l'appareil conducteur à obéir aux pressions d'air centripètes. Il en résulte une discordance entre les deux résultats de l'audition du son du diapason frontal.

Cette opposition entre les deux résultats a une grande valeur clinique : elle permet au diagnostic d'aller jusqu'à la connaissance du siège de lésions resté jusqu'à ce jour inabordable. Le diagnostic de la surdité nerveuse, qui se fait, comme on sait, par exclusion, peut être fait maintenant par l'auscultation transauriculaire pendant les pressions centripètes.

MARCUS.

**I. — Causes de surdité chez les écoliers, par S. SEXTON** (*Washington circulars of information*, n° 5, 1881).

**II. — Examen de 267 enfants d'une institution, par E. WEIL** (*Monatschrift für Ohrenh.*, n° 12, 1880).

**III. — Résultat de l'examen de l'ouïe et de l'oreille chez 5,905 écoliers, par E. WEIL** (*Zeitsch. für Ohr.*, *XI*, *p.* 406).

I. —Sur 570 élèves, Sexton trouva l'ouïe très affaiblie 76 fois (13 0/0). Un seul de ces enfants était reconnu sourd par son professeur, 19 se savaient durs d'oreille.

II. —44 enfants se plaignaient de douleurs d'oreille, et 20 sur ces 44 de bourdonnements. On trouva 35 cérumens, 11 otorrhées, 48 cas de bourdonnements. 81 enfants (30 0/0) avaient l'ouïe affaiblie et n'entendaient la voix murmurée qu'à une distance moindre de 8 mètres. En examinant les tableaux dressés par l'auteur on voit la dureté de l'ouïe augmenter avec l'âge. Cette grande fréquence de la surdité doit engager les maîtres et les parents à faire examiner l'oreille de tout enfant distrait et inattentif.

III. — Weil donne un second travail sur cet intéressant sujet et rapporte que sur 5,905 enfants (3,928 garçons, 2,677 filles) il trouva des bouchons de cérumen obturants ou non dans une proportion de 11 0/0 chez les garçons, de 15 0/0 chez les filles, le plus souvent d'un seul côté. Les écoles d'enfants pauvres en présentaient une proportion plus forte que les riches. Pli postérieur 8,2 0/0 garçons, 6 0/0 filles. Le bourdonnement était loin d'être constant dans ces cas. Otorrhée (otite moyenne), garçons 1,9 0/0, filles 2,3 0/0, mais une très forte proportion avaient eus autrefois de l'otorrhée, le plus souvent négligée, aussi les plaques calcaires étaient-elles fréquentes : garçons 1,5 0/0, filles 0,9 0/0. La plupart avaient une otorrhée antérieure ; quelques-uns seulement avaient des bourdonnements.

Sur les 1,105 enfants d'une école, 626 (56 0/0) avaient eu la diphtérie, la rougeole, la scarlatine, 57 la scarlatine seule, 20 la diphtérie, 352 la

rougeole, 115 la scarlatine et la rougeole, 16 la scarlatine et la diphtérie, 30 la rougeole et la diphtérie, 36 les trois maladies.

La voix murmurée était entendue à 20-25 mètres par les bonnes oreilles, distance normale dans les endroits tranquilles. Mais une énorme quantité d'enfants n'entendaient pas à cette distance, ce qui ne les gênait en rien. A une distance de 12-15 mètres et au-dessous les enfants avouaient que leur ouïe était insuffisante. L'ouïe était généralement meilleure dans les écoles riches que dans les écoles pauvres.

A la lecture de cet intéressant travail dont nous n'avons donné que les principaux résultats, le lecteur sera sans doute frappé comme nous en constatant que l'auteur ne mentionne pas une seule fois l'état du pharynx nasal. Étant donné le nombre énorme d'enfants sourds avec bouche ouverte qui n'ont autre chose qu'un catarrhe de la trompe d'Eustache dû à des végétations adénoïdes, on comprendra combien cet examen a été imparfait. Pour ne citer qu'un exemple, l'auteur sépare les enfants d'une école en 2 groupes : 1° ceux qui ont eu la diphtérie et un exanthème; 2° ceux qui ont été indemnes, et il constate avec étonnement que les sourds dans le 1er groupe étaient de 3,3 0/0 moins nombreux que dans le second. Nous n'en sommes nullement étonnés pour notre part; car, si les exanthèmes sont une cause fréquente de surdité, le catarrhe naso-pharyngien simple entretenu par les végétations adénoïdes est une cause encore bien plus fréquente, et chez tout enfant sourd qui n'a pas eu d'exanthème on devra chercher ces végétations et on les trouvera souvent. R. CALMETTES.

**Ueber Simulation von Schwerhörigkeit (Simulation de la surdité), par VOLTOLINI** (*Monats. f. Ohrenh.*, 9, 1882).

Pour dévoiler la simulation de surdité unilatérale l'auteur se sert d'un cornet acoustique en forme de trompe, à travers lequel il parle dans l'oreille prétendue sourde, l'autre oreille n'étant pas bouchée, ou étant bouchée avec un bouchon perforé. Si le malade affirme ne pas entendre c'est un simulateur. R. C.

**I. — Taubheit nach Mumps (Surdité à la suite d'oreillons), par Johannes SEITZ** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 19, p. 641, 1er octobre* 1882).

**II. — Ein Fall von plötzlichem Verlust des Hörvermögens auf einem Ohre im Verlaufe von Mumps (Perte subite de l'ouïe d'une oreille dans le cours d'oreillons), par K. BÜRKNER** (*Berlin. klin. Wochens., n° 13, p. 193, 26 mars* 1883).

**III. — Fall von Ertaubung nach Mumps (Surdité à la suite d'oreillons), par THIRY** (*Cor.-Bl. f. schweiz. Aerzte, n° 15, p. 313, 15 juin* 1883).

**IV. — Ueber Taubheit nach Mumps, par SELIGSOHN** (*Berlin. klin. Woch., n° 18, p. 267, 30 avril ; n° 19, p. 283, 7 mai, et n° 16, p. 245, 16 avril* 1883).

**V. — Sur une conséquence peu connue des oreillons, par CALMETTES** (*France médicale, II, 8,* 1882).

**VI. — Sur un cas de perte complète de l'ouïe à la suite des oreillons), par J. MOURE** (*Revue mens. de laryng., 10,* 1882).

I. — Étudiant de 19 ans, non syphilitique, atteint d'oreillons doubles, apyrétiques dès le 4e jour. Le 5e, un peu de dysphagie, sans rien qui l'explique. Le 6e, les oreillons ont à peu près disparu.

Le 7e, en se réveillant, le jeune homme s'aperçoit qu'il entend moins bien du côté droit, où l'oreillon avait été le moins développé. Ni vomissements, ni douleur.

Le 8e jour des oreillons, c'est-à-dire 36 heures après le début de la complication auriculaire, la surdité est telle que le malade n'entend pas la montre immédiatement appliquée contre son oreille, et ne comprend les paroles que lorsqu'on les prononce à très haute voix. La transmission des sons par les os crâniens est cependant conservée. Bruissements et bourdonnements très gênants. Les bruits du dehors un peu forts, le parole même du malade ou ses grincements de dents, provoquent une résonnance qu'il compare à celle d'un marteau battant du métal.

Vertiges intenses; démarche titubante d'un homme ivre.

Le tympan ne présente que des signes d'inflammation ancienne.

Inefficacité de la quinine, de l'iodure de potassium et de la galvanisation.

Les bruits auriculaires et les vertiges diminuèrent d'eux-mêmes peu à peu; le 26e jour après le début de la surdité, ils avaient tout à fait cessé, mais la surdité de l'oreille droite persiste.

II. — Bürkner publie le 8e cas de surdité ourlienne :

Étudiant de 17 ans, atteint le 12 décembre d'oreillons doubles peu douloureux. Le 14, il ressent des bourdonnements très forts dans l'oreille droite; le 15, au réveil, il se trouve sourd de cette oreille. Le médecin ne constate qu'une légère imperméabilité de la trompe. La conductibilité osseuse n'est pas complètement abolie.

Dans la nuit du 17 au 18, vomissements violents se répétant au moindre mouvement et vertiges.

Le 21, les vomissements cessent, tandis que les vertiges durent jusqu'au 25. Pas de titubation pendant la marche.

État actuel le 27 janvier suivant : l'examen de l'oreille ne montre rien de plus que 6 semaines auparavant, mais la conductibilité des os crâniens fait entièrement défaut.

Depuis, les bourdonnements ont un peu diminué, mais l'ouïe n'est pas revenue.

Dans les 8 observations publiées jusqu'ici, la surdité est survenue à une époque précoce des oreillons, du 3e au 8e jour; elle était accompagnée constamment de bruits subjectifs, 6 fois de vertiges apparus du 2e au 10e jour après la surdité, et une fois avant elle, 5 fois de titubation et 4 fois de vomissements.

7 fois la surdité était unilatérale, malgré la bilatéralité des oreillons.

Bürkner estime qu'il s'agit d'une affection aiguë du labyrinthe dont l'apparition, pendant les oreillons, n'est nullement accidentelle.

III. — Fillette de 9 ans 1/2, pâle ,débile, ayant les oreillons du 5 au 9 janvier. Le 11 au soir, un peu d'œdème des paupières.

Le 12, après le repas de midi, regard fixe et dureté d'ouïe.

Le 13, vomissements répétés, vertige violent chaque fois que l'enfant veut se dresser sur son lit, fourmillements dans les quatre extrémités et surdité absolue.

Le 14 seulement, elle accuse des bruits auriculaires, des sons de cloche et de la céphalalgie ; apyrexie , 70 pulsations; les vomissements et les vertiges persistent.

Rien à l'examen de l'oreille. Transmission osseuse seule conservée. A partir du 17, cessation des vomissements. Le 18, outre des cloches, l'enfant croit entendre des orgues et des chants. Le 25, diminution des vertiges.

Le 2 février, elle entend des deux côtés la voix haute, sans distinguer les paroles.

Dans le courant de mars, disparition des bruits et des vertiges, amélioration de l'ouïe, qui, en mai, n'a pas subi de nouvelle modification.

IV. — Seligsohn discute la pathogénie et le spécificité de la surdité ourlienne. Il fait d'abord remarquer que cette complication n'a jamais été signalée dans les nombreuses épidémies d'oreillons observées chez les soldats. En second lieu, il relate une observation personnelle de surdité progressive chez une jeune fille présentant avec des manifestations de syphilis (héréditaire) indubitables (ulcérations palatines, adénite, guérison par l'iodure de potassium) un gonflement dur de la parotide gauche co-existant avec un catarrhe nasopharyngé qui en était la cause.

Ensuite il fait observer que le deuxième malade de Buch et celui de Roosa étaient également syphilitiques, et que la syphilis héréditaire est souvent difficile à diagnostiquer. Il remarque enfin que l'autre malade de Buch était affecté de catarrhe pharyngé.

De tout cela, il se croit autorisé à conclure que la surdité notée après les oreillons ne tient pas à la nature infectieuse de cette affection, qu'on peut la rencontrer dans les parotidites, et qu'elle s'explique par propagation inflammatoire au labyrinthe, propagation qui, dans le cas de syphilis, va réveiller une lésion jusque-là latente (*R. S. M.*, XX, 721).

J. B.

V. — Calmettes résume l'état de la question et rapporte un cas personnel. Il n'y eut pas d'examen objectif. On lui écrivit qu'une enfant de 6 ans, très bien portante, avait perdu l'ouïe des deux côtés sans douleur, ni écoulement, ni bourdonnements, en même temps qu'elle avait été atteinte des oreillons pendant une épidémie. Au bout de 8 mois, on constatait qu'elle entendait encore la voix criée.

VI. — Peu de temps après, Moure, dans un article analogue, publiait un autre cas. Une enfant de 8 ans, au 15e jour de la maladie, alors que les parotides commençaient à dégonfler, devint brusquement, en 24 heures, totalement sourde des deux oreilles, sans autres symptômes. Quelque temps après il s'y joignit du bourdonnement. Examen négatif. Traitement impuissant. Pas de troubles de l'équilibre. R. CALMETTES.

**De la surdité consécutive aux oreillons, par G. LEMOINE et M. LANNOIS** (*Revue de médecine*, 10 *septembre* 1883).

A la suite des oreillons ou pendant le cours de cette effection on peut voir les malades être frappés brusquement de surdité complète unilatérale ou bilatérale. Ce trouble de l'audition débute assez souvent par des sifflements d'oreille ne s'accompagnant jamais de perte de connaissance; des nausées, des vomissements ont également été notés dans quelques cas. La surdité une fois déclarée semble résister à tous les traitements, dans un seul cas on l'aurait vue diminuer. Le nombre des observations sur lesquelles est fondé ce mémoire est de quatorze, empruntées à divers auteurs. L'otorrhée n'ayant été signalée dans aucun des faits publiés, MM. Lemoine et Lannois pensent qu'il s'agit ici d'une localisation du virus sur le nerf acoustique, comparable à celles qui se développent dans les mêmes circonstances au niveau des testicules, des mamelles et des conjonctives, etc.

C. GIRAUDEAU.

**Remarks on physiology of auditory vertigo, par MAC BRIDE** (*Brit. med. journ. p.* 1291, *décembre* 1882).

L'auteur admet, comme un fait clinique démontré, que la maladie de Ménière passe par les trois étapes suivantes : *a*) vertige ; *b*) nausées et vomissements ; *c*) défaillance allant jusqu'à la syncope. Pour lui, ces trois actes ne sont que l'expression d'un réflexe partant des canaux semi-circulaires et correspondant à l'excitation de plus en plus forte des extrémités du nerf cochléaire. Les secousses nerveuses se réfléchissent sur une zone du cerveau qui détermine le phénomène vertige ; puis l'excitation se propage vers l'origine du pneumogastrique et le centre vomitif ; enfin vers le centre frénateur du cœur : les pertes de connaissance que l'on observe parfois dans la maladie de Ménière sont très probablement dues presque toujours à des syncopes véritables.

L'auteur a fait la remarque que dans le vertige stomacal, la nausée précède la sensation des étourdissements, tandis que c'est l'inverse dans le vertige auditif. Cela tiendrait, suivant lui, à ce que l'excitation périphérique atteindrait dans le premier cas d'emblée l'origine du pneumogastrique, pour retentir secondairement sur le centre cérébral du vertige, tandis que ce serait ce dernier centre qui serait immédiatement influencé lorsque l'excitation part des canaux semi-circulaires. H. R.

**Beitrag zur Statistik der Ohrenkrankheiten (Contribution à la statistique des maladies de l'oreille), par K. BÜRKNER** (*Archiv für Ohrenheilkunde, p.* 81, 1883).

Partant de la comparaison d'un nombre immense de cas empruntés à la statistique de différents auristes, Bürkner arrive aux conclusions suivantes :

1° La cause la plus fréquente des maladies de l'oreille réside dans les refroidissements, les affections du nez et du pharynx, et dans les maladies infectieuses aiguës ;

2° La vulnérabilité de l'oreille semble augmenter de la naissance jusqu'à 40 ans, pour diminuer ensuite jusqu'à la vieillesse ;

3° Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes : la proportion est de 3 à 2 ;

4° Les maladies de l'organe se répartissent ainsi : oreille externe, 25 0/0 environ ; oreille moyenne, 67 0/0 ; oreille interne, 8 0/0 ;

5° L'oreille gauche est un peu plus souvent atteinte que la droite (comme 5 à 4) ;

6° Les affections aiguës sont plus rares en été et en automne qu'en hiver et au printemps ;

7° Dans les cliniques, on observe les terminaisons suivantes : guérison, 53 0/0 ; amélioration, 30 0/0 ; non guérison, 7 0/0 ; morts, 3 0/0.

R. CALMETTES.

**Nekrotische Ausstossung eines knöchernen (des oberen ?) Halbzirkelganges mit vorausgehendem achttägigem Schwindel und Erbrechen. Heilung mit Verlust des vorher noch vorhanden gewesenen Restes des Gehörvermögens (Nécrose et élimination d'un canal demi-circulaire osseux (le supérieur ?) précédée**

**pendant huit jours de vomissements et de vertige. Guérison avec perte de ce qui restait de l'ouïe), par S. MOOS** (*Zeitschr. für Ohr., XI*, 3, 1881).

Nous trouvons dans cette observation une confirmation clinique des expériences de Flourens sur les canaux demi-circulaires. Un jeune homme de 20 ans était atteint d'otorrhée gauche depuis l'âge de 7 ans à la suite de scarlatine. Le 14 mai, au premier examen, on trouvait l'oreille remplie de polypes, mais sans symptômes généraux d'aucun genre. Destruction au galvanocautère. Le 21 mai, vomissements et vertige pendant 8 jours; mais état normal du pouls, des pupilles, de la température. Traitement quinique de Charcot sans résultat. Quand le malade fixait les objets, il les voyait se déplacer de bas en haut. Le 29 mai eut lieu le dernier accès de vomissements et de vertige. Deux jours après le malade revenait à la clinique et l'auteur, explorant le reste des polypes, trouvait sous la sonde un séquestre rugueux qu'il enlevait facilement à la pince. Cet os arrondi, long de 9 millimètres, large de 1 millimètre, supportait très peu de parties molles où l'on n'y reconnut au microscope que des leucocytes et des cristaux de margarine. Il était carié en grande partie, mais, en différents points de sa partie concave, on trouvait une gouttière très nette. L'ouïe était abolie à gauche pour tous les sons; cet état n'a pas varié depuis. Dès le mois d'août, le mal était guéri (carie, polype) sous l'influence du galvano-cautère. La plus grande partie de la membrane tympanique manquait, sa périphérie était conservée en avant et en bas, d'où partait un lambeau cicatriciel triangulaire se dirigeant vers le promontoire où il se soudait. Les osselets étaient absents.

Ainsi donc, une irritation du labyrinthe fait apparaître un vertige très intense avec des vomissements; ces symptômes disparaissent avec l'élimination d'un canal demi-circulaire nécrosé et en même temps le reste d'audition se supprime complètement.

« Ce cas prouve donc qu'une irritation de l'appareil nerveux terminal dans les crêtes des ampoules, etc., peut produire les mêmes symptômes qu'une irritation du centre de l'équilibre, le cervelet, et que la paralysie ou la destruction des nerfs ampullaires fait disparaître le vertige. De telles observations cliniques ont plus de valeur que les expériences physiologiques; il n'y avait pas ici de lésion des centres nerveux, comme on ne les observe que trop souvent dans les expériences, puisque le pouls, la température, l'état psychique restèrent normaux. L'observation est absolument pure. »

Ajoutons que si Baginsky a cherché par ses expériences à enlever toute importance au labyrinthe relativement aux sens de l'équilibre, les expériences les plus récentes le contredisent et Högges admet que les terminaisons vestibulaires du nerf acoustique constituent des appareils terminaux spéciaux qui, suivant la position du corps et de la tête, règlent les mouvements des yeux et vraisemblablement aussi des muscles nécessaires à la conservation de l'équilibre R. CALMETTES.

**Otite diphtéritique, suite de scarlatine, guérie par la pilocarpine, par O. WOLF** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 12, p. 312, 15 juin 1883*).

Fillette de 6 ans, atteinte de scarlatine. Après 10 jours d'une fièvre oscillant de 41° à 41°,5, elle devient sourde par extension de la diphtérie pharyngée aux deux oreilles moyennes. Des injections sous-cutanées de pilocarpine produisent, outre la sialorrhée, l'issue par la membrane du tympan d'une grande quantité de fluide aqueux. En même temps, elles amélioraient l'état de l'ouïe au point qu'au bout d'une dizaine de jours, l'enfant commençait à entendre quand on lui parlait à voix haute, près de l'oreille. Depuis lors, l'amélioration a toujours continué. Les premiers sons perçus furent les aigus (chant d'un oiseau).

Des deux côtés, le tympan manque, mais les osselets sont conservés. J. B.

**Microscopische Schnecken-Schnitte zweier an Diphtherie verstorbener Kinder. (Coupes microscopiques du limaçon de deux enfants morts de diphtérie) par STEINBRUGGE** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 12, p. 312, 15 juin 1883*).

Chez l'un, la membrane de Reissner se trouvait, par suite de la coagulation de la périlymphe et de l'endolymphe, arquée dans une position fixe regardant la convexité de la rampe vestibulaire.

Chez l'autre, à la suite de l'écoulement de l'endolymphe et de la perte d'élasticité de la membrane, celle-ci complètement affaissée recouvrait la membrane basilaire et le ligament spiral jusqu'à son point d'attache, en sorte qu'elle obstruait l'orifice du canal cochléaire. J. B.

**Zwei Fälle von lebensgefährlicher Erkrankung des Ohres in Folge von Diphtherie (Deux cas de maladie de l'oreille très grave par suite de diphtérie), par K. BÜRKNER** (*Berlin klin. Wochensch., n° 43, 1882*).

Chez un jeune homme de 25 ans, il se produisit pendant la période décroissante de la diphtérie une otite moyenne suppurée avec fièvre vive et douleurs excessives. Le 5e jour, Bürkner fit la paracentèse de la membrane très épaissie, ce qui produisit une syncope. La douche d'air amena la sortie de fausses membranes blanchâtres et produisit du soulagement. Injections d'eau boriquée et poudre d'acide borique. La plaie était fermée le 18e jour et l'ouïe rétablie au bout de 2 mois.

Chez une femme de 30 ans, il survint, après guérison d'une diphtérie pharyngée, une otite moyenne suppurée gauche. Bürkner, appelé le 10e jour, fit la paracentèse de la membrane également très épaissie. Grand soulagement, bien qu'il ne sortît que quelques gouttes de pus par la douche d'air. L'apophyse sensible fut couverte d'iode et de glace. Le procédé de Politzer ramena peu à peu l'ouïe à son état normal. R. C.

---

# HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

**The hygiene of armies in the Field (L'hygiène des armées en campagne), par R. RAWLINSON** (*Un vol. in-8°, de 84 pages, Londres, 1883*).

Nous croyons devoir à la haute situation de l'auteur, de rapporter les conclusions de cette brochure qui a fait beaucoup de bruit en Angleterre. On verra que si le médecin ne doit pas s'occuper de constructions, il ne semble pas que la même défense soit imposée à l'ingénieur lorqu'il s'agit d'hygiène de l'alimentation, de la chaussure, etc. Voici la traduction littérale et sans commentaires des passages principaux.

« Est-il trop tôt d'espérer que le gouvernement reconnaîtra un jour la nécessité d'un département sanitaire, indépendant des médecins ? Un département ayant à sa tête un ingénieur sanitaire (!!) avec un état-major d'inspecteurs sanitaires (!!!) au-dessous de lui. Ce département sanitaire serait sous les ordres immédiats du commandant en chef, qui aurait le pouvoir de le renforcer selon les besoins. L'ingénieur surveillerait toutes

les constructions et leurs aménagements ; les inspecteurs sanitaires seraient placés chacun à la tête d'un secteur dont ils surveilleraient les vidanges et l'eau potable. Les travaux seraient exécutés sur place, par des agents locaux dans la mesure du possible, et soldés jour par jour ou semaine par semaine. Si un ingénieur sanitaire avait accompagné l'armée en Égypte, il aurait enlevé les fenêtres à toutes les constructions occupées comme hôpitaux, et aurait ainsi assuré la ventilation maxima ; il aurait purifié les locaux et les salles ; lavé à l'eau de chaux partout où ce lavage eût été praticable ; surveillé les égouts ou conduits partout où ils auraient existé ; assuré une filtration suffisante de l'eau. Ces connaissances ne font aucunement partie de l'éducation d'un médecin ; il est d'ailleurs désirable que cela ne soit pas. Un ingénieur sanitaire entreprenant des opérations chirurgicales ne serait pas davantage hors de sa place, qu'un médecin essayant d'entreprendre et d'exécuter des ouvrages d'ingénieur.

Une longue expérience de la préparation et de l'exécution des travaux sanitaires, m'a conduit aux conclusions suivantes :

1° En règle générale, les hôpitaux de tous les pays et de tous les climats sont insuffisamment ventilés : or, l'air altéré par les émanations de la peau et des poumons est le plus dangereux ennemi des malades. Les hôpitaux à deux et trois étages ne sont jamais ventilés suffisamment.

2° Les égouts, conduits, latrines, ne doivent jamais être à proximité des fondations ou dans l'intérieur des locaux d'un hôpital, mais doivent être établis à l'extérieur et ventilés d'une façon indépendante.

3° La purification en dedans et en dehors des locaux hospitaliers doit être immédiate, rigoureuse et répétée à courts intervalles ; la ventilation doit se faire par les fenêtres ouvertes vers le plafond, ou par le faîte pour les locaux à un seul étage. Quelques-uns des hôpitaux les plus beaux de l'Europe (comme plan général et comme espace cubique accordé aux malades) sont tristement négligés dans leur aménagement sanitaire. Il ne faut jamais oublier qu'un soin incessant et une propreté minutieuse sont nécessaires pour maintenir les hôpitaux les mieux aménagés dans un état favorable.

4° Le rez-de-chaussée de tout hôpital doit être élevé au-dessus du sol de façon à permettre au-dessous de lui une ventilation libre et complète.

L'assiette tout entière doit avoir une couche de béton de 6 pouces d'épaisseur au minimum.

5° Pour les camps, en paix comme en guerre, les vidanges doivent être incessantes et complètes. Tous les rebuts susceptibles d'être brûlés doivent être détruits par la crémation.

6° L'alimentation, l'eau, les vêtements doivent être l'objet d'une surveillance incessante ; la fièvre est le fléau des masses d'hommes, mal nourris et mal habillés, surtout lorsqu'ils vivent au milieu des ordures et des détritus.

7° Une armée doit avoir un état-major sanitaire, et le commandant en chef doit avoir une autorité suffisante pour ordonner, pour forcer d'exécuter et pour payer tous les travaux nécessaires. Rien de plus extravagant que la guerre : les frais des installations sanitaires les plus complètes et les mieux adaptées n'en seront jamais qu'une fraction minime.

8° Tout soldat doit avoir des chaussures de la meilleure fabrication, dussent ces chaussures coûter le triple de ce que coûte la botte réglementaire. Un soldat éclopé est un encombrement. Si un régiment a 10 hommes paralysés du fait de la chaussure, comme chaque homme vaut 2,500 francs, cela fait 25,000 francs de perte pour éviter une dépense insignifiante.

9° La distribution d'eaux-de-vie comme ration de campagne, doit être considérée comme un mal sans atténuation aucune, et doit être discontinuée. Des hommes mouillés, épuisés, misérables, feront des excès d'alcool s'ils le peuvent, et pendant la guerre, et dans les conditions qui régnaient en Crimée en 1854-55, la ration était excessive et tendait à détruire ceux qui la consommaient. En effet, beaucoup d'hommes étaient trop malades pour en profiter, les morts ne la consommaient pas, et les vivants pour oublier leur misère, buvaient avec excès ce breuvage qui leur paraissait utile ».

C. ZUBER.

**Étude sur la mortalité et les causes de décès dans les armées européennes, par J. SORMANI.** (*Congrès d'hygiène. Genève*, 1882 *et deux volumes in-8°. Genève*, 1883).

Ce nouveau travail du professeur d'hygiène de Pavie est plus complet que ses publications précédentes sur le même sujet. Il contient des détails suffisamment exacts sur les principales affections observées dans les grandes armées européennes. Dans l'impossibilité où nous nous trouvons d'analyser un travail rempli de faits et de chiffres, nous en donnerons cependant les conclusions générales.

« La mortalité dans les troupes doit être inférieure à la mortalité de la population mâle correspondante du même âge. Lorsque la première est supérieure ou égale à la seconde, cela doit être considéré comme un fait anormal qui exige l'emploi de mesures urgentes.

Les autorités de l'administration militaire ont le devoir d'adopter et de prescrire toutes les mesures conseillées par l'hygiène, afin de protéger et de sauvegarder la santé et la vie des hommes inscrits à l'effectif des armées.

Les statistiques sanitaires des armées ont eu les premières, ces dernières années, le mérite d'appeler l'attention des législateurs sur la mortalité excessive des armées; et on doit à l'influence de ces mêmes révélations que des mesures qui ont déterminé le contingent de la mortalité ont été adoptées.

Toutefois la mortalité des armées n'est pas encore réduite au minimum désirable.

Les statistiques récentes démontrent que les maladies qui dominent dans chaque armée sont les suivantes :

*a.* Dans l'armée *italienne :* les maladies aiguës et chroniques de la respiration, et la tuberculose; ensuite la fièvre typhoïde, la rougeole, les fièvres et la cachexie paludéennes, et les maladies des organes chilopoïétiques.

*b.* Dans l'armée *française :* en premier lieu, la fièvre typhoïde ; ensuite la phtisie tuberculeuse et les maladies des organes de la respiration.

*c.* Dans l'armée *autrichienne :* au premier degré, les maladies aiguës

des organes respiratoires; ensuite les maladies chroniques des mêmes organes et la phtisie tuberculeuse, la fièvre typhoïde, la rougeole, les maladies du système nerveux, celles du squelette, et le suicide.

*d.* Dans l'armée *anglaise :* les maladies scrofuleuses et tuberculeuses; ensuite les maladies des organes de la respiration et les maladies du cœur, les affections des organes uropoïétiques, et les décès par suite d'accidents, les conséquences de l'alcoolisme et de la syphilis.

*e.* Dans l'armée *allemande :* les décès par accidents et par suicides ont des chiffres élevés en comparaison de la mortalité correspondante dans les autres armées. Mais les décès par suite de maladies sont moins fréquents dans l'armée prussienne que dans toute autre armée.

Les études de l'hygiène et de l'administration militaires doivent viser surtout à obtenir une diminution des maladies qui causent le plus grand nombre de décès dans une armée.

Ce n'est pas une utopie de croire que maintes causes de décès, comme les manifestations de la scrofule, la variole, la rougeole, la scarlatine, les infections paludéennes, le scorbut, l'alcoolisme, la syphilis, etc., peuvent disparaître des armées tout à fait ou presque entièrement. »

C. ZUBER.

**Die 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aertzte. — Section fur militär-Sanitätswesen (La médecine d'armée au congrès de Fribourg en 1883), par NICOLAI** (*Deutsche milit. Zeitsch.*, 1883, *p.* 487).

Réunion très intéressante, bien ordonnée, composée de personnes compétentes. Le sujet choisi était le suivant :

*Le pansement antiseptique en campagne.*

Maas de Würtzbourg lit un travail dont voici les conclusions :

1° Le spray est superflu dans les ambulances.

2° Le sublimé est le meilleur des antiseptiques.

3° Il faut employer comme matériaux de pansement la gaze de coton et l'ouate dégraissée; cette dernière renferme souvent de l'ammoniaque provenant de sa préparation. Ces deux substances sont très absorbantes et faciles à comprimer à la presse de telle sorte qu'il est possible d'en emporter de très grands approvisionnements sous un petit volume.

4° Les pansements rares (pansement de Neuber, de Kümmel, etc.) sont les plus avantageux, mais il serait à désirer qu'on les rendit plus absorbants, par l'addition d'un corps hygrométrique, comme le sel marin ou la glycérine. On obtient ainsi des pièces de pansement qui absorbent 270 0/0 de leur poids de liquides sans être plus volumineuses.

5° Ces pansements très hygrométriques qui absorbent d'une façon continue les liquides des plaies, rendent les tubes à drainage inutiles dans un grand nombre de cas. Les drains résorbables, décalcifiés, sont coûteux et ne sont pas absolument fidèles; les drains en caoutchouc sont à rejeter; on pourrait cependant dans certaines plaies, comme celles de la résection de la hanche, les réunir en faisceau, pour maintenir la plaie béante et faciliter l'écoulement des produits de sécrétion. Les fils de catgut employés comme drains, sont toujours résorbés quelle que soit leur grosseur.

6° Il faut maintenir les pansements, non avec des bandages triangulaires,

mais avec des bandes de gaze ou de mousseline; quand il sera nécessaire de les immobiliser, on le fera avec des attelles spéciales qui, trempées dans l'eau chaude, se moulent sur la forme du membre et deviennent complètement dures en se desséchant. Comme enveloppe extérieure on emploiera le papier parchemin.

Küster (de Berlin) insiste sur la différence entre les conditions d'un pansement en campagne et dans les hôpitaux en temps de paix. L'encombrement des blessés et le manque de temps retardent beaucoup les premiers secours, et les rendent impossibles. On ne peut, sur le champ de bataille, nettoyer une plaie, enlever les caillots, etc, : c'est pourquoi il préconise le pansement sec à l'iodoforme. Le médecin ne doit pas sur le champ de bataille s'attarder à chaque cas, mais secourir tout le monde; il lui suffira de saupoudrer les plaies d'une couche d'iodoforme qui, s'agglutinant avec le sang, formera une croûte protectrice.

Le blessé une fois arrivé à l'hôpital de campagne, on fera un pansement plus complet, et, pour ce pansement, Küster préconise la gaze sublimée et les attelles fixatrices. On fera alors la désinfection définitive de la plaie.

On ne doit pas abandonner le drainage; puisque les drains résorbables sont chers, on emploiera les drains en caoutchouc. Les pièces de lint sous forme de tampons suffisent à arrêter les hémorragies.

Von Lotzbeck est adversaire de l'iodoforme, parce que son pouvoir antiseptique est inférieur à celui du sublimé; qu'introduit dans les plaies à l'état cristallisé, il empêche la réunion par première intention, et qu'appliqué à l'état de poudre, il se concrète, se tasse et est très difficile à enlever.

Beck voudrait qu'on se comportât à l'ambulance comme dans un service de clinique chirurgicale. Ce qui importe le plus pour expédier un grand nombre de blessés, c'est une sévère organisation. Dès que les blessés sont apportés, ils doivent être séparés en trois catégories : 1re, blessures graves avec mort éventuelle ; 2e, blessures légères ; 3e, hommes à opérer immédiatement; d'où la nécessité de bien répartir chaque fonction entre le personnel, et de faire dès l'arrivée du blessé un diagnostic précis.

Beck préconise les attelles de paille dont il a donné l'idée et qui sont employées dans plusieurs armées. Ces attelles sont faciles à construire et faciles à se procurer; elles s'appliquent bien, permettent de reconnaître les hémorragies, ne produisent aucune compression dangereuse comme l'appareil plâtré et préservent bien des influences atmosphériques.

Nicolaï dit que la cause principale de l'infection des plaies est dans l'intervale souvent très long qui sépare la blessure de l'application des premiers secours. Il faut que le blessé s'occupe lui-même de sa plaie, qu'il la bande avec le premier objet venu, son mouchoir de poche par exemple; car, comme il est arrivé dans la dernière guerre, le soldat se décharge de son paquet à pansement, qu'il considère comme inutile, ou comme un porte-malheur.

Maas ne tient pas l'iodoforme pour un antiseptique fidèle; la clinique de Vienne, qui emploie surtout cet agent, a encore une proportion de maladies infectieuses chirurgicales relativement élevée. — La bonne organisation du service a une importance capitale. Il faut laisser à chaque médecin le choix de l'agent antiseptique, de la méthode de pansement et de l'intervention chirurgicale; aussi faut-il que ces médecins

soient instruits. Ils fourniront une courte note pour les opérés, une note détaillée pour les non-opérés.

A la séance suivante, Kraske (de Fribourg) développe l'importance qu'il y a, d'après lui, à faire la distinction immédiate, à l'ambulance des blessures qui doivent recevoir le plus vite possible une antisepsie rigoureuse, et de celles qui peuvent être traitées par un simple pansement antiseptique occlusif et provisoire. Ces deux catégories doivent être strictement séparées, surtout quand le pansement antiseptique doit être fait sur le champ de bataille même. Pour les blessures de la première catégorie, de laquelle font partie les plaies par gros projectiles, les larges abrasions, etc., l'orateur accepte le sublimé et la gaze, qu'il reconnaît excellents; mais il considère que l'addition de sel marin à la gaze est superflue et même dangereuse. Une plaie susceptible d'être traitée par le pansement durable sécrète très peu de liquides, et il est inutile d'ajouter un sel hygrométrique aux coussins de gaze, d'autant plus que le sel marin doit par imbibition pénétrer jusque dans la plaie et l'irriter; il irrite même la peau, et Kraske a pu observer, en expérimentant le pansement de Maas, le développement d'eczémas intenses.

Pour les blessures de la seconde catégorie, les coups de feu à trajets et orifices étroits, les plaies à caractère presque sous-cutané, la simple occlusion primitive par un pansement antiseptique est ce qu'il y a de mieux; le pansement à l'iodoforme est le plus simple et le plus commode. Ce pansement, bien que provisoire, pourra souvent demeurer jusqu'à la guérison définitive.

Beck n'admet pas les dangers de l'exploration; la propreté seule lui a donné de très bons résultats, et il n'a jamais vu de conséquences fâcheuses de l'introduction du doigt dans une plaie, quand ce doigt était propre. Ce qui influence bien plus le résultat, c'est l'état général des hommes. Les soldats, épuisés, mal nourris, imprégnés de miasmes, donnent peu de guérisons.

Küster revient sur les avantages de son pansement sec. Pour appliquer le pansement antiseptique ordinaire, il faut de l'eau, du temps et de la tranquillité. L'eau n'existe pas partout, et celle disponible est souvent enlevée, épuisée ou salie par les troupes. Impossible aussi de concentrer sur un point un personnel médical suffisant; et pour peu que la ligne de combat se déplace et que l'ambulance soit menacée, plus de tranquillité. Or, que faut-il faire? Simplement rendre transportables, le plus rapidement possible, le plus grand nombre possible de blessés. Il est nécessaire pour cela d'avoir une méthode simple, commode et rapide. L'iodoforme répond au but; il suffirait d'ordinaire de saupoudrer la plaie d'iodoforme, et il ne serait même pas utile d'avoir sous la main un revêtement protecteur.

Beck répond qu'avec de l'ordre, on crée la tranquillité à l'ambulance, même en cas de défaite. Le pansement à la gaze sublimée est aussi vite appliqué que le pansement à l'iodoforme. Il sera difficile de circuler à travers les lignes de combat avec un insufflateur à iodoforme pour saupoudrer les plaies.

Maas reconnaît que le sel marin produit souvent des eczémas, mais c'est un mince inconvénient quand la réunion immédiate est obtenue. D'ailleurs la glycérine ne présente par cet inconvénient, et elle a de plus l'avantage

de prévenir la disparition du sublimé tout en augmentant le pouvoir absorbant du pansement pour les liquides. L'action antiseptique de l'iodoforme est superficielle et ne s'exerce pas dans la profondeur des plaies; en outre, ce produit répand une mauvaise odeur qui couvre celle de la septicité; peut-être vaudrait-il mieux employer la naphtaline. Il insiste sur la nature relativement bénigne des plaies d'armes à feu à petit orifice d'entrée, et met en lumière la différence qui existe entre les plaies d'armes à feu de la pratique hospitalière en temps de paix (coups de revolver, de pistolet, de grains de plomb) et les blessures de guerre. — Dans les cas à éventualité douteuse, il faut toujours opter pour l'alternative la plus fâcheuse. C. ZUBER.

**I. — Rapport sur une manœuvre d'ambulance, par DAUVÉ** (*Arch. de méd. et de pharm. milit., t. II, p.* 84).

**II. — Le rôle du médecin-chef de la division au combat, d'après le général VERDY DU VERNOIS** (*Ibid., t. III, p.* 146).

Nous attirons l'attention de tous les membres du corps médical sur deux publications qui leur feront parfaitement comprendre le fonctionnement actuel du service de santé dans les armées modernes.

I. — Le premier est un document officiel, le compte rendu de ce que l'on appelle aujourd'hui une *manœuvre d'ambulance.*

M. Dauvé, qui est directeur du service de santé du 6e corps d'armée, a profité d'une manœuvre qui devait avoir lieu au camp de Châlons, pour y faire participer le service de santé. On peut voir aisément, au moyen du croquis joint au texte, comment, derrière les troupes engagées, les médecins de régiment ont établi des postes de secours, puis déplacé les mêmes postes en suivant les oscillations du combat, comment les brancardiers y ont transporté les soldats désignés comme blessés au moyen d'une fiche portant indication de la blessure. On voit encore comment l'ambulance s'est placée dans un petit bois, à un kilomètre en arrière, a pris contact avec les postes de secours par ses brancardiers et ses voitures, comment elle a fonctionné et comment elle a dirigé ses blessés sur une station d'évacuation, après avoir fait les opérations et appliqué les appareils nécessaires.

Le rapport d'ensemble de M. Dauvé signale, entre autres faits intéressants, l'utilité du paquet de pansement qui existe dans plusieurs armées étrangères.

II. — L'article rédigé sur le rôle du médecin divisionnaire, d'après le général prussien Verdy du Vernois (*Studien ueber Truppenführung*), complète et explique le travail précédent.

Dans la description imagée du combat de Trautenau, nous voyons intervenir et fonctionner l'organe directeur du service de santé, et toutes les formations sanitaires de première ligne (ambulances et hôpitaux de campagne). On peut voir comment le développement progressif de l'action force peu à peu le médecin-chef de la division à faire intervenir les ambulances, à les dédoubler, à tirer parti de tous les éléments mis à sa disposition, à déployer toute son activité pour obtenir un fonctionnement convenable du service. Une carte permet de suivre pas à pas toutes les phases de cette action intéressante. C. ZUBER.

**Ueber die chirurgisch-technische Seite der Krankenträger Ausbildung (De l'instruction technique des brancardiers) ; par KÖRTING** (*Deutsche militairartzliche Zeitschrift*, 1881, *p.* 359).

Un mémoire anonyme sur la *Méthode antiseptique en campagne*, se terminait par ces mots : « Si l'on doit pratiquer cette méthode sur les champs de bataille des guerres futures, il faut commencer par réformer nos institutions. A quoi sert l'occlusion antiseptique à l'ambulance, si nous laissons préalablement infecter la plaie par les doigts salis des brancardiers ou par des pansements malpropres? Il s'agit, avant tout, de nous entendre sur la conduite de ceux qui seront d'abord en contact avec le blessé. »

C'est à cette doctrine que répond Körting ; elle ne tend à rien moins, selon lui, qu'à amener le brancardier « à regarder le blessé, et non pas à le toucher. » Cela peut être logiquement désirable, mais est inexécutable en pratique.

Recherchant quels sont les principes qui ont guidé les auteurs des nombreux Manuels des brancardiers parus dans différents pays, l'auteur constate une extraordinaire variété d'opinions. Toutefois la majorité tend à restreindre l'assistance des brancardiers aux fractures et aux hémorragies. Il semblerait donc tout naturel de défendre aux brancardiers de toucher les plaies.

Mais ici commencent les difficultés de pratique. Les blessés implorent un pansement, et les besoins sont tels, sur le champ de bataille, que l'on ne peut guère se passer de l'intervention des brancardiers. Il vaut mieux en prendre son parti et diriger leur instruction dans ce sens.

Par suite, le brancardier doit connaître les conditions de transportabilité d'un blessé, — ni trop, ni trop peu. Il faut surtout lui expliquer, d'une façon bien claire, *ce qu'il ne doit pas faire*. Dans les exercices, on lui enseignera d'éviter le plus possible le contact de la plaie. Il est inutile de consacrer trop de temps à établir la différence entre les hémorragies artérielles et veineuses ; la connaissance des troncs artériels principaux suffit amplement. Le tourniquet est dangereux, surtout le tourniquet à courroie. Le matériel de pansement doit être très propre : on se servira plus particulièrement des appareils *de paille*.

L'article que nous venons d'analyser un peu sommairement est remarquable comme érudition. G. ZUBER.

**La fièvre typhoïde au corps d'occupation de Tunisie en 1881, par CZERNICKI** (*Archives de médecine milit., t. II, p.* 237).

Rapport important, semi-officiel, établi d'après les rapports particuliers des médecins qui ont pris part à la campagne.

On se rappelle le rôle joué en Tunisie par la fièvre typhoïde, sa gravité, son ubiquité, l'obscurité de son étiologie, l'insuccès de la thérapeutique. Suivant Czernicki la morbidité de l'armée est environ de 210 pour 1,000 hommes présents, chiffre énorme et rarement atteint dans les circonstances les plus graves. La mortalité atteint 50 à 60 0/0, proportion en rapport avec la précédente.

Les données un peu vagues que nous possédions jusqu'ici, avaient

fait considérer l'épidémie de l'expédition de Tunisie comme directement importée de France. On citait même le régiment importateur, le 142e régiment d'infanterie.

Ce régiment, qui venait de Perpignan, avait eu constamment des cas de fièvre typhoïde depuis le 1er janvier, et il avait quitté sa garnison au moment d'une recrudescence épidémique, car du 1er au 10 avril, jour de son départ, il avait eu 10 cas de dothiénentérie, dont 4 mortels. Débarqué à Bône le 16 avril, il dut laisser plusieurs malades à l'hôpital, et à son arrivée au point de concentration, avant même d'avoir subi les influences de milieu, il était en pleine épidémie. La contamination de ce régiment antérieurement à son séjour en Tunisie est donc incontestable.

Il répandit la fièvre typhoïde dans les campements avoisinants et fut certainement la cause la plus puissante de la propagation de l'épidémie, *pendant la première partie de la campagne.*

Ici, Czerniki se sépare des opinions prématurément lancées dans le public. L'importation, suivant lui, est restée absolument étrangère à la genèse de la maladie en d'autres points et à la même époque. D'autres causes sont intervenues, si l'on en croit la généralité des rapports fournis par les médecins du corps expéditionnaire.

Ces causes sont : l'acclimatement, l'infection du sol, la chaleur et les influences atmosphériques, le jeune âge des troupes, les fatigues et les privations.

L'influence de l'*acclimatement* est démontrée par l'immunité relative des troupes d'Algérie. La mortalité moyenne de 50 0/00 descend à 13 0/00 chez les zouaves et à 1.5 0/00 chez les tirailleurs.

*L'infection du sol*, incriminée par tous les rapports, est signalée de la façon la plus nette dans quatorze d'entre eux, comme ayant eu une action certaine et décisive sur la genèse et le développement de l'épidémie typhoïde. Cette infection tenait pour une très grande part à l'effroyable malpropreté des villes ou villages occupés, à l'absence de toute hygiène publique, à la traditionnelle incurie des indigènes, à leur funeste coutume de transformer des habitations en sépultures, à la situation de leurs cimetières, qu'il a fallu souvent occuper plusieurs jours, à leur manière d'enterrer les morts presque à ras de terre.

Les *chaleurs* exceptionnelles de l'année semblent avoir de leur côté favorisé l'épidémie : c'est vers la fin de juin que la dothiénentérie prit un caractère réellement envahissant.

Au point de vue de l'*âge*, on fait remarqner que les troupes qui ont pris part à l'expédition, contenaient au moins 1/3 de leur effectif de soldats n'ayant que 7 mois de service ; et plus de la moitié des cas leur revient. Cette prédisposition du jeune âge s'est étendue jusqu'aux officiers.

Jamais, jusqu'ici l'influence *des fatigues* sur la production de la fièvre typhoïde n'avait été si clairement reconnue que dans cette expédition. Vingt-quatre rapports établissent cette influence par des faits précis et bien observés qui peuvent se résumer en cette proposition : Tout bataillon au repos voyait son état sanitaire s'améliorer ; toute marche prolongée, toute reconnaissance pendant les chaleurs, étaient suivies d'une recrudescenee marquée. Ces pernicieux effets de la fatigue s'expliquent par l'exagération qu'elle apportait

dans l'état de débilitation des hommes, qui, épuisés par la chaleur, constamment macérés dans leurs sueurs, insuffisamment nourris, presque tous atteints de diarrhées dues à la mauvaise qualité des eaux, privés de sommeil, n'offraient plus une résistance suffisante aux causes morbifiques.

A ces influences s'ajoute encore celle du changement brusque dans les habitudes organiques, et aussi de la nostalgie et de l'ennui qui ont frappé un grand nombre d'hommes, après la rentrée en France des premières brigades de renfort.

Cette discussion étiologique est pleine de clarté et sera lue avec intérêt, même par ceux qui n'attachent pas autant d'importance épidémiologique, à l'intervention des facteurs secondaires.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails qu'il nous donne sur la symptomatologie de l'affection, sur la marche de l'épidémie dans les localités principales ou dans les différentes armes. Notons cependant ce fait intéressant que les infirmiers militaires ont été favorisés d'une préservation relative bien marquée, puisque leur mortalité est à peine du cinquième de la moyenne. Cette préservation restreint considérablement le rôle attribué à la contagion proprement dite.

Il est à peine besoin d'insister sur les conditions détestables dans lesquelles le traitement a eu lieu. Voici ce que l'auteur dit des évacuations :

Les *évacuations* ont été considérées et reconnues comme dangereuses et funestes, en raison des conditions défavorables dans lesquelles elles s'accomplissaient. Les distances souvent très considérables, qui séparaient les colonnes et les postes isolés des centres d'évacuations, le mauvais état des routes et bien souvent l'absence de tout chemin tracé, l'insuffisance ou le peu de commodité des moyens de transport, mulets ou arabes, les chaleurs excessives subies pendant ces longues étapes sous un ciel de feu, étaient autant de conditions qui s'opposaient au déplacement des malades et commandaient leur traitement sur place.

En somme, le rapport de Czernicki est une œuvre importante qui indique avec réserve, mais avec beaucoup d'autorité, les enseignements qu'il convient de tirer de l'histoire médicale de la guerre de Tunisie.

C. ZUBER.

**I. — Epidemieartiges Auftreten von Lungenentzündung im der Garnison Schwerin als Theilerscheinung anderweiter Epidemien (Epidémie de pneumonies coïncidant avec d'autres épidémies, par KNŒVENAGEL** (*Deutsche militairaertzliche zeitschrift*, 1883, *p.* 286).

**II.— Rapport sur une épidémie mixte d'oreillons et de pneumonies, par M. DELMAS** (*Archives de méd. milit.*, t. *II*, p. 349).

I. — L'auteur signale la fréquence des pneumonies dans un régiment d'infanterie en garnison, à Schwerin.

Au mois de janvier 1883, l'état sanitaire des troupes laissait à désirer, on observait beaucoup d'herpès, d'angines, de bronchites, de fièvres catarrhales, de rougeoles, enfin quelques cas de diphtérie. A la même époque, on constatait 27 cas de pneumonie, groupés par compagnies et provenant exclusivement de l'infanterie.

» L'artillerie occupe une vaste caserne bien située, tandis que l'infanterie est placée dans des locaux en quelque sorte provisoires : « Les matériaux paraissent médiocres, la bâtisse peu solide, les planchers de caves défectueux; le sol fournit de mauvaise eau. »

Les deux compagnies les plus intéressées habitent les bâtiments les plus humides et les plus bas, là où s'accumulent les eaux de pluie et les eaux ménagères, et où l'on trouve souvent de la stagnation dans les conduits.

II. — L'auteur attribue cette épidémie de pneumonies à l infection du sol et des locaux. Delmas traite un sujet du même genre. Il a observé une épidémie de pneumonies (35 cas) coïncidant avec une épidémie d'oreillons (125 cas) sur les hommes du 137e régiment d'infanterie à Fontenay, dans une caserne neuve et parfaitement aérée.

La pneumonie de même que les oreillons frappait surtout les jeunes soldats. Delmas ne la rattache pas aux pneumonies dites zymotiques, mais bien aux pneumonies miasmatiques. C. ZUBER.

**Note sur une épidémie d'oreillons survenue à bord d'un vaisseau en 1880-1881, par MAHÉO** (*Arch. méd. nav.* 1884, n° 2).

Vers les premiers jours de novembre, une Indienne, en traitement à l'infirmerie de Pondichéry, est atteinte d'oreillons. Le 15, jour du départ, elle est considérée comme convalescente, et embarquée sur le trois mâts *Latona* de Londres, conduisant de Pondichéry et Karikal à la Guadeloupe, un convoi d'émigrants indiens. 8 jours après, sa voisine de couchage, et son amant, qui a eu des rapports avec elle le jour du départ, sont atteints d'oreillons. Les voisins de cet homme et de cette femme sont pris à leur tour, puis les voisins de ceux-ci et ainsi de proche en proche.

Le côté de tribord fut respecté, sauf une fillette, qui gagna les oreillons en se mêlant aux malades; peut-être eut-elle communiqué cette affection à ses voisines, si une relâche forcée n'avait eu lieu à Maurice, où les coolies atteints de maladie ourlienne furent séparés dans le lazaret.

En face d'une épidémie dont le début est si bien marqué, dont la propagation se fait d'individu à individu, et en quelque sorte par contiguité, en face d'une maladie qui s'éteint rapidement par le seul fait de l'éloignement des sujets affectés, il semble difficile au Dr Mahéo de nier la contagion. Du reste il cite en plus deux exemples de contagion directe, médiate; il s'agit de deux Indiens, qui ayant eu des rapports avec des femmes, affectées d'oreillons, ont été pris huit jours après de la même maladie. L'une de ces deux femmes avait « des oreillons des glandes sous-maxillaires, à l'exclusion des parotides. »

Le Dr Mahéo a constaté plusieurs fois l'orchite ourlienne, une fois seulement la mastite, mais point d'engorgement du côté des ovaires.

Plusieurs de ses malades se sont plaint dans la convalescence et après disparition complète des oreillons, de douleur dans les incisives. Il y a eu un cas de mort à la suite de la disparition subite d'oreillons. C. ZUBER.

**De la courbature fébrile dans l'armée, par LUBANSKI** (*Arch. de médecine militaire, t. II, p.* 417).

Sous le nom de *courbature fébrile*, Lubanski désigne une affection subaiguë, caractérisée par un état fébrile rémittent, une tendance à l'adynamie, une atteinte marquée de l'innervation et quelques troubles digestifs.

Tous les médecins connaissent cette forme pathologique qui est habituellement désignée sous le nom d'embarras gastrique fébrile, et que l'on considère de nos jours comme proche parente de la fièvre typhoïde, sinon comme typhus abortif. Il y a là une difficulté de diagnostic que l'auteur n'a peut-être pas écartée entièrement, en établissant la séparation de la fièvre typhoïde par les symptômes suivants : absence d'épistaxis, de vertiges, de diarrhée, de ballonnement du ventre.

La doctrine étiologique présentée par Lubanski est originale et mérite d'être prise en sérieuse considération.

La courbature fébrile, dit-il, est une maladie de surmenage. Son apparition fréquente dans un groupe peut indiquer au médecin certaines mesures d'hygiène dans le sens de la diminution des fatigues; la connaissance de son individualité clinique est importante, autant pour nous éviter de méconnaître un état morbide réel chez des hommes facilement suspects de paresse ou d'exagération, que pour nous préserver d'attribuer à des maladies plus graves l'ensemble symptomatique de la courbature fébrile. »

Les exemples de surmenage bien authentiques sont rares. Nous signalons tout spécialement ceux qui ont été observés pendant la campagne de Bosnie en 1878 et qui sont relatés dans l'ouvrage de Myrdacz.

C. ZUBER.

**Épidémie de Béribéri dans l'escadre brésilienne** (*Arch. méd. nav.* 1884, *n°* 2, *p.* 170).

L'extension du Béribéri au Brésil est de plus en plus considérable. L'escadre d'évolution vient de traverser une épidémie des plus graves; 123 hommes ont été atteints. Une commission, composée des sommités médicales, a considéré à l'unanimité l'humidité comme la source du développement de la maladie. C. Z.

# RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

*Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1883.*

## A

**Abcès.** — Guérison spontanée des abcès froids par congestion, par Desprès. (*Gaz. des hôpit.*, 23 août.) — Un cas d'abcès de la fosse iliaque, avec quelques remarques, par L. Atlee. (*Amer. Journ. of the Med. Sc.*, p. 463.)

**Abdomen.** — Sur un cas de fibrome malin de la fosse iliaque chez l'homme, par Maksoud-Cherbétan. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.) — Cystosarcome rétro-péritonéal chez un homme, par Ransohoff. (*Med. News*, p. 575, 24 novembre.) — Plaie par arme à feu pénétrante de l'abdomen : issue de la balle par la région sacro-vertébrale : guérison par Buchanan. (*Brit. med. Journ.*, p. 609, mars.) — Etude des phénomènes consécutifs à la contusion de l'abdomen, ischurie, etc., par Bernabei. (*Bol. dell. Soc. delle Sc. med. Siena*, n° 2.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu, guérison, par Crawford. (*Brit. med. Journ.*, p. 1280, juin.) — De la suture de la paroi abdominale, par A. Bako. (*Cent. f. Chir.*, n° 50.) — Phlegmon de la paroi abdominale consécutif à un accouchement, par Briolle. (*Gaz. des hopit.*, 27 novembre.) — Phlegmon de la paroi abdominale, par Peyrot. (*Gaz. des hôpit.*, 8 novembre.)

**Accouchement.** — Étude sur la montée du lait chez les nouvelles accouchées, par Gravin. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — De l'examen des lochies au point de vue du pronostic des suites de couches, par Lefebvre. (*Thèse de Paris*, 13 décembre.) — Sur une forme particulière de la poche des eaux (en sablier), par Dutheil. (*Thèse de Paris*, 29 novembre.) — Longueur de la période de délivrance par le procédé Credé, par Fehling. (*Corr. Bl. f. Sch. Aerzte*, 1er octobre.) — Un cas de présentation dorso-lombaire au terme de la grossesse, par Chiarleoni. (*Annali di Ostetricia*, nos 9-10.) — Un perforateur des membranes (sorte d'ongle d'acier), par Wenck. (*Med. News*, p. 640, 8 décembre.) — Des procidences des membres dans les présentations du sommet et de la face, par Eyssautier. (*Thèse Montpellier*, n° 16.) — Complication du travail par une occlusion cicatricielle du vagin, par Mansell Moullin. (*Brit. med. Journ.*, p. 309, février.) — Arrachement de l'utérus et de ses annexes par une sage-femme, par Leonard Cane. (*Brit. med. Journ.*, p. 453, mars.) — Les fractures indirectes du crâne fœtal, par Sacchi. (*Annali di Ostetricia*, nos 9-10.) — Placenta prœvia : fœtus et placenta momifiés, par Harold Thompson. (*Brit. med. Journ.*, p. 1296, déc. 1882.)—Placenta gémellaire double, par de la Harpe. (*Revue de la Suisse romande*, mars.) — Emploi du basilysis dans un cas de dystocie due à l'hypertrophie du col de l'utérus, par Al. Russell Simpson.

(*Edinb. med. Journ.*, p. 769, mars.) — De la délivrance, par DOHRN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, 1883.) — Hémorragie à la suite d'une délivrance tardive. Condamnation de la sage-femme, par KLEIN. (*Wienn. med. Woch.*, in-12.) — De l'emploi de la curette dans les hémorragies qui suivent l'avortement, par PICK. (*Deutsche med. Woch.*, n° 50.)

**Aerothérapie.** — De la pneumatométrie envisagée comme moyen de diagnostic, par PERINGUEY. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du traitement pneumatique, par CORVAL. (*Deutsche med. Woch*, n° 15.) — Des indications et de l'emploi des chambres pneumatiques, par LIEBIG. (*Ibid.*, n° 22.)

**Albumine.** — Des premiers produits de décomposition des albuminoïdes, par W. KUHNE et CHITTENDEN. (*Zeitschr. f. Biol. XIX Bd.*, p. 159.)

**Albuminurie.** — De l'albuminurie liée aux irritations cutanées, par J. BOYER. (in-8°, *Lyon.*) — Réactifs de l'albumine. Moyen de distinguer la peptonurie de l'albuminurie, par OLIVER. (*Brit. med. Journ.*, p. 765, avril.)

**Alcool.** — Action de l'alcool éthylique sur le cœur d'un chien, par NEWELL MARTIN et STEVENS. (*Studies from the biolog. laborat.* n° 4.)

**Alcoolisme.** — Du réveil du délire alcoolique chez les buveurs, par GABRIEL (*Thèse de Paris,* 20 décembre.)

**Aliénation.** — L'asile municipal d'aliénés de la ville de Berlin à Dalldorff, par C. IDELER et H. BLANKENSTEIN. (*Berlin.*) — Paralysie générale des aliénés, par LEGRAND DU SAULE. (*Gaz. des hôpit.*, 28 août.) — Folie et divorce, par V. DU CLAUX (*Annales d'hyg. publiq.*, novembre.)

**Allaitement.** — Leucémie splénique et ganglionnaire à la suite d'un allaitement prolongé, par KALTENBACH. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 novembre.)

**Amputation.**—De l'atrophie cérébrale consécutive aux amputations anciennes, par Jules-Félix GIRARDEAU. (*Thèse Bordeaux.*) — De l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate, par SAMBUCY. (*Thèse de Paris*, 12 décembre.) — Spasme du moignon chez un amputé de cuisse, alcoolique, attaques épileptiformes survenues quatre ans après l'amputation, par MERKLEN. (*Arch. de Phys.*, 1882.)

**Amygdale.** — Observation d'hémorragie de la carotide interne consécutive à une amygdalite suppurée ; ligature de la carotide primitive; hémorragie secondaire, mort, par B. PITTS. (*St-Thomas's hosp. Reports*, XII, p. 131.) — De quelques complications rares de l'amygdalite phlegmoneuse (phlébite du cou, hémorragies par ulcération de la carotide, 2 obs. inéd.), par BRETON. (*Thèse de Paris*, 17 décembre.)

**Anatomie.** — Sur l'endothélium vibratile chez les mammifères, par JEAN PALADINO. (*Arch. Ital. de Biologie*, p. 43, avril.) — De l'existence du tissu dit de sécrétion chez les vertébrès, par C. EMERY. (*Arch. Ital. de Biologie*, p. 37, avril.) — L'enseignement de l'anatomie à la faculté de Berlin. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4.)

**Anémie.** — Etiologie de l'anémie pernicieuse, par FRANKENHAUSER. (*Centralbl. f. med. Wiss*, n° 4.)

**Anesthésie.**—Accidents dus à l'anesthésie par le chloroforme ; trois cas de syncope combattus avec succès, par FAUCON. (*Journ. sc. méd. de Lille.*) — De

l'anesthésie au moyen des mélanges titrés d'air et de chloroforme par la méthode de Paul Bert, par Dubois. (*Progrès méd.*, 29 décembre.) — Remarques sur la mortalité par les anesthésiques, par Roger Williams. (*Brit. med. Journ.*, p. 351, février.) — Mort par thrombose cardiaque à la suite d'une éthérisation, par F. Minot. (*Boston med. Journ.*, 13 décembre.)

**Anévrisme.** — Des anévrismes des sinus de Valsalva à développement intra-cardiaque, par Durand. (*Thèse de Lyon.*) — Anévrisme de l'aorte ouvert dans le péricarde, par Davezac. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 septembre.) Anévrismes spontanés de l'aorte ascendante, par Legendre. (*Thèse de Paris*, 20 décembre.) — Anévrisme de la carotide externe : ligature de la carotide primitive : guérison de l'anévrisme, mais hémiplégie mortelle le 35e jour, par Christopher Heath. (*Brit. med. Journ.*, p. 311, février.), — Anévrisme artério-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne, par Stimson. (*Med. News*, p. 637, 8 décembre.) — Étude sur la double ligature périphérique dans le traitement des anévrismes intra-thoraciques, par Mallié. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ligature de la sous-clavière droite et de la carotide pour un anévrisme de l'aorte : mort par rupture du sac le 50e jour après l'opération, par Howard Marsh. (*Brit. med. Journ.* p. 311, février.) — Ligature de l'iliaque primitive pour un anévrisme de l'iliaque externe, par Lange. (*Med. News*, p. 636, 8 décembre.) — Anévrisme de l'artère fémorale traité par l'injection de ferment fibrineux, puis secondairement par la ligature de l'iliaque externe, par Southam. (*Brit. med. Journ.*, p. 321, août.) — Anévrisme de l'artère poplitée, compression digitale, guérison en neuf heures, par Arthur Baker. (*Brit. med. Journ.*, p. 1279, juin.) — Anévrisme des deux poplitées, guéri par la ligature des fémorales : trois ans après, mort de cancer; dissection des artères fémorales, par Samuel Gordon. (*Brit. med. Journ.*, p. 661, avril.) — Anévrisme spontané de l'artère poplitée. Ligature de la fémorale. Guérison, par Dudon. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 août.) — Observation d'anévrisme poplité, par Heustis. (*Med. News*, 10 novembre.) — Anévrisme spontané de l'artère tibiale postérieure; ligature de la fémorale, ouverture du sac un mois plus tard; hémorragie grave, amputation de cuisse, guérison par Kinloch. (*Transact. of the American surg. Associat.*, tome I, p. 9.) — Du traitement des anévrismes par la galvano-puncture, par L. Chambers. (*Amer. Journ. of. Med. Sc.*, p. 447.)

**Angine.** — De l'angine typhique ulcéreuse, par E. Rapin. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, III, 645, décembre.)—Traitement de l'angine phlegmoneuse par la méthode de Mackenzie (pastilles de résine de gaïac), par M. Schmidt. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 décembre.)

**Angiome.** — Traitement du nævus, par Coates. — Traitement des tumeurs érectiles, par Edmond Owen. (*Brit. med. Journ.*, p. 318, août.)— Nævus du rectum entraînant la mort par hémorragie chez un adulte, par A. Baker. (*Brit. med. Journ.*, p. 717, avril.) — Anévrisme, par anastomose (angiome) de la face et de l'orbite, électrolyse, ligature de la carotide primitive, amélioration, par Markœ. (*Med. News*, p. 639, 8 déc.) — Traitement des tumeurs érectiles, par de Saint-Germain. (*Gaz. des hôpit.*, 18 août.)

**Anthrax.** — De l'anthrax du talon, par Chabert. (*Thèse de Montpellier.*) — Traitement du furoncle, du charbon et de l'anthrax, par Rupprecht. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21.)

**Anthropologie.** — Études d'anthropométrie sur les criminels, les fous et les hommes normaux, par Ferri. (*Arch. ital. de biol.*, III, n° 3.)

**Antiseptique.** — Sur la valeur comparée des divers antiseptiques, par Leonardi. (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, n° 35.) — Le traitement antiseptique des plaies, par Briggs (n'admet pas, comme démontrée, la théorie parasitaire de l'infection des plaies.) (*Trans. of the Americ. surg. Assoc.*, I, p. 137.) — Recherches expérimentales sur les antiseptiques, par Bottini. (*Arch. ed atti della Soc. di chir.*, I, fasc. 1.)

**Anus.** — Prurit anal et fissure anale, par Myrtle. (*Brit. med. Journ.*, p. 1062, juin.) — Sur la question du traitement de l'anus contre nature, par Heimann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 7.) — Imperforation de l'anus avec conformation normale du rectum et issue du méconium par un orifice cutané rétro-scrotal. Opération, guérison, par Ramonet. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Traitement de l'anus contre nature, par Bergmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1.)

**Aorte.** — Oblitération de l'aorte abdominale par embolie ou par thrombose, par Meynard. (*Thèse de Paris*, 28 déc.) — Thrombose de l'aorte abdominale et du tronc cœliaque, par M. Sheild. (*Med. Times*, p. 167, 10 fév.). — Lésion des valvules aortiques résultant probablement d'une malformation congénitale, par Thomas B. Peacock. (*St-Thomas's Hosp. Rep.*, vol. XI, pag. 1.)

**Appareil.** — Appareil d'occlusion en plâtre antiseptique, par Partsch. (*Deutsche med. Woch.*, n° 3.) — Communication relative à l'appareil élytro-ptérygoïde de Chassagny, de Lyon, par Hubert. (*Bull. acad. de méd. de Belgique*. XVII, n° 10.)

**Artère.** — Développement irrégulier des artères, cause de divers états morbides, par Netter. (*Arch. gén. de Méd.*, novembre.)— Ligature de l'artère sous-clavière entre les scalènes, pour une hémorragie par coup de feu, guérison, par Middleton Michel. (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, p. 439.) — Traitement de la tension artérielle exagérée, par le nitrite d'amyle et la nitroglycérine, par Ch. Smith. (*Brit. med. Journ.*, p. 198, fév.) — Sur les causes et les conséquences de l'excès de la tension artérielle, par Broadbent. (*Brit. med. Journ.*, p. 357, août.) — Section traumatique de l'artère fémorale, de la veine crurale et du nerf saphène interne; gangrène du pied, amputation secondaire de la cuisse, guérison, par C. Lucas. (*Brit. med. Journ.*, p. 106, janv.) — Ligature de l'artère axillaire pour un cas de traumatisme de ce vaisseau à la suite d'une fracture du col chirurgical de l'humérus, par G. Fenwick. (*Brit. med. Journ.*, p. 617, septembre.)

**Articulation.** — De la coxalgie cotyloïdienne, des lésions de la cavité cotyloïde dans la coxalgie, par Dhourdin. (*Thèse de Paris*, 29 nov.) — Résumé de l'étiologie, de la pathologie, du diagnostic et du traitement de la coxalgie, par Hutchison. (*Trans. of Americ. surg. Assoc.*, I, p. 159.) — De la pathogénie des arthrites, par M. Schuller. (*Deutsche med. Woch.*, n° 8.) — Des périodes tardives des arthrites et de leur traitement, par Bouilly. (*Gaz. méd. de Paris*, 5 septembre.) — De l'arthrite survenue dans le cours de la grossesse, par Mercier. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — Du traitement des hématomes du genou par la compression et l'immobilisation, par Dupré. (*Thèse de Paris*, 12 déc.) — Plaie du genou par arme à feu, guérison sans amputation ni résection, par David Finlay. (*Brit. med. Journ.*, pag. 860, mai.)

## B

**Bain.** — La Méditerranée au point de vue hygiénique; action physiologique des bains de mer, par Amat. (In-8°, *Alger.*) — Bains publics à bon marché par V. du Claux. (*Annales d'hyg. publ.*, octobre.) — Hygiène municipale de l'établissement d'un bain d'eau courante à Chambéry, par Dénarié. (In-8°, *Chambéry.*) — De la balnéation continue par Sonnenburg, traduit par Villeneuve. (*Marseille méd.*, juin.)

**Blennorragie.** — De la folliculite périurétrale blennorragique chez la femme, par Guedeney. (*Thèse de Paris*, 29 novembre.) — Arthrite blennorragique. Endocardite ulcéreuse. Mort, par de Fleury. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 9 septembre.) — Du rhumatisme vague dans la blennorragie, par Langa. (*Thèse de Bordeaux.*)

**Brûlure.** — Brûlure grave suivie d'hémorragie intestinale par ulcération du duodénum, guérison, par W. Baxer. (*Glasg. med. Journ.*, p. 357.)

## C

**Cancer.** — De l'origine locale des tumeurs malignes, par J. Hutchinson. (*Brit. med. Journ.*, p. 552, mars.) — Valeur des opérations précoces pour les tumeurs malignes, par S.-D. Gross. (*Trans. of the Americ. surg. Assoc.*, I, p. 253.) — Considérations sur l'étiologie du cancer et sur sa prophylaxie, par Van den Corput. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, XVII, n° 11.) — Epithéliome de la face né sur une verrue et mettant à nu le cerveau après destruction de l'éthmoïde, par Herzog. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 décembre.)

**Cerveau.** — Note sur le déplacement des points excitables du cerveau par Bochefontaine. (*Archives de Physiol.*) — Considérations anatomiques sur la doctrine des localisations cérébrales, par M. C. Golgi. (*Archives italiennes de biologie*, t. II, fasc. 2.) — Contribution à l'étude des lésions cérébrales localisées au lobule de l'insula, trois cas de monoplégies du membre supérieur, par Raymond et Brodeur. (*Revue de médecine*, juillet 1882.) — Bandelette de l'insula de l'hippocampe, par C. Giacomini. (*Archives italiennes de biologie*, t. II, fasc. 2.) — Études expérimentales touchant l'influence de l'ozone sur le cerveau, par Aug. Meyer. (*Thèse, Bonn.*) — Contribution à l'étude du développement de l'anencéphalie, par Hugo Ribbert. (*Arch. f. pathol. Anat., u. Physiol.*, Bd. XCIII, Hft. 3.) — Attitudes spontanées de la tête, considérées comme des indications de l'état du cerveau, par Francis Warner. (*Brit. med. Journ.*, p. 1094, décembre 1882.) — Congestion cérébrale avec convulsions : saignée, guérison, par Shout. (*Brit. med. Journ.*, p. 811, avril.) — Hémiépilepsie paralytique et aphasie à la suite d'une lésion corticale, par Ciniselli et Stefanini. (*Arch. per le Sc. med.*, VII, n° 1.) — Recherches expérimentales et critiques sur les convulsions épileptiformes d'origine corticale, par F. Franck et Pitres (*Arch. de physiologie*,

n° 6, août.) —Nouveau fait de paralysie de la sixième paire avec déviation conjuguée dans un cas d'hémiplégie alterne, par J. Garel. (*Revue de médecine*, juillet 1882.)—Aphasie (cécité et surdité verbales), par J.-L. Prevost. (*Revue médic. de la Suisse romande*, novembre et décembre.) — Note sur un cas d'hémorragie traumatique bulbo-protubérantielle, par Bochefontaine. (*Arch. de physiol.*) — Hémichorée sans hémianesthésie; hémorragie de la partie postérieure dans la couche optique sans lésion de la substance blanche, par Morin. (*Soc. Anat.*, 4 mai.) — Discussion sur l'aphasie, par Gairdner, Jackson, Broadbent, etc. (*Brit. med. Journ.*, p. 309, août.) — Contusion cérébrale grave, guérie par le bromure de potassium à hautes doses, par J.-M. Donald. (*Glasg. med. Journ.*, p. 431.) — Cinq cas de tumeurs cérébrales, par Glaser. Sarcome de la glande pituitaire, tumeurs du corps calleux. Gliome du lobe occipital. (*Berlin. klin. Woch*, n° 24, décembre.) — Sur un cas de tumeur de l'hypophyse, par E. Breitner. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Bd. XCIII, Hft. 2.)

**Cervelet.** Tumeurs du cervelet chez un enfant, par Huguenin. (*Corr. Blatt f. Schweiz. Aerzte*, 15 novembre.) — Notes sur trois cas de maladies du cervelet, par M. Olivier (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XVII, juillet.)

**Césarienne.** (Opération). — De la classification des opérations de Porro, par R. Harris, *Amer. Journ. of the med. Sc.*, p. 430.)— Une modification de l'opération de Porro ; abandon du pédicule dans le ventre, par P. Grossmann. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, p. 447.)—Observation obstétricale, amputation utéro-ovarique de Porro, femme et enfant vivants, par L. Dejace. (*Bul. de méd. de Belgique*, n° 11, 1882.) — Les récentes modifications de l'opération césarienne, par Mangiagalli. (*Ann. di ostetric.*, n^os 7 et 8.)

**Champignon.** — Les champignons comestibles et vénéneux de la région de Montpellier et des Cévennes aux points de vue économique et médical, par L. Planchon. (In-8°, *Montpellier.*)

**Chancre.** — Traitement du bubon chancreux par le chlorure de zinc, par Bonnery. (*Thèse de Bordeaux*, 1882.)

**Charbon.** — De la pustule maligne et de son traitement par les injections antiseptiques sous-cutanées, par Pallardy. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur la ténacité de vie du virus charbonneux dans ses formes de corpuscule germe et de bacillus anthracis, par Perroncito. (*Arch. ital. de biol.* III, n° 3.) — De la guérison spontanée de la pustule maligne, par Planteau. (*Thèse de Paris*, 30 novembre.) — De l'inoculation préventive, avec les cultures charbonneuses atténuées par la méthode des chauffages rapides, par Chauveau. (*Acad. des sciences*, 3 décembre.) — De la préparation et du mode d'emploi des cultures atténuées par le chauffage pour servir aux inoculations préventives contre le charbon, par Chauveau. (*Acad. des sciences*, 17 décembre.) — Du contage du sang de rate, par Archangelski. (*Centralblatt. f. med. Wiss.*, n° 15.)

**Chlorose.** — Pathologie et traitement de la chlorose, par Rosenbach. (*Deutsche med. Woch*, n° 19.)

**Choléra.**—Discussion de la Société des médecins sanitaires du Yorkshire sur le choléra. (*Sanit. Record*, n° 312, p. 131, septembre.) — Les rapports officiels sur le choléra d'Egypte, par E. Vallin. (*Revue d'hygiène*, novembre.) Observations histologiques sur les lésions des muscles déterminées par l'injection du microbe du choléra des poules. Sur le séquestre et sur la poche qui le contient. (*Archives de physiol.*, 1882.) — Les épidémies de

choléra et de peste en Orient, rapport de la commission des épidémies, par LEFEBVRE. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, nº 1.) — Le choléra et les désinfectants, ou considérations sur les meilleurs moyens d'empêcher le développement et la propagation du choléra et des autres affections miasmatiques, par H. BOENS. (*Bull. acad. de méd. de Belgique*, XVII, nº 10.) — Précautions individuelles à prendre en cas d'épidémie cholérique, par W. DAWSON TURNER. (*Sanitary Record*. nº 312, p. III, novembre.)

**Chorée.** — De la chorée rhumatismale considérée comme une variété de rhumatisme cérébral et de la mort dans la chorée, par HANNEQUIN. (*Thèse de Paris*, 22 décembre.) — Sur la chorée, par E. HENOCH, REMAK, EULENBURG, EWALD. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 décembre.) — Hémichorée pré-paralytique, par ELOY. (*Union médicale*, 9 juin.)

**Climat.** — San Remo, Colonie hivernale pour les Allemands, par R. KORNER. (*Leipzig.*)

**Cœur.** — Revue générale sur l'anatomie et la physiologie générales du muscle cardiaque, par A. PITRES. (*Revue de médecine*, août et septembre 1882.) — Influence de la température sur le cœur, par N. MARTIN. (*Studies from the biolog. laborat.*, II, nº 4.) — Influence des variations de la pression artérielle sur les mouvements du cœur, par HOWELL et ELY. (*Studies from the biolog. laborat.*, II, nº 4.) — Du siège et du mécanisme des souffles cardiaques chez les malades affaiblis et anémiques, par WILL-RUSSELL. (*Brit. med. Journal*, p. 1053, juin.) — Observations d'affections cardiaques, par NEUMANN. (*Charité Annalen*, VIII, Jahrg, p. 247,) et par FRAENKEL. (*Ibid.*, p. 263.) — De l'accélération cardiaque extrême, contribution à l'étude des névroses de la motilité cardiaque, par ROMMELAERE. (In-8º, *Bruxelles.*) — Étude sur l'hydropneumopéricarde, par AUDRY. (In-8º, *Lyon.*) — Insuffisance mitrale; hypertrophie excessive du ventricule gauche : embolie de l'artère dorsale du pied, frottement péricardique, par MAGEE FINNY. (*Dublin Journal of med. sc.*, p. 179, février.) — Des lésions non-congénitales du cœur droit et de leurs effets, par BAUMEL. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 23 septembre.) — Sténose congénitale de l'artère pulmonaire, accompagnée de cyanose; diagnostic confirmé par l'autopsie, par CHARON. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, nº 4.) — Endocardite ulcéreuse de la valvule tricuspide au cours d'un ictère chronique, par RONDOT. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 11 novembre.) — Des affections cardiaques d'origine non valvulaire. Revue critique, par JUHEL-RÉNOY. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — Polypes fibrineux du cœur, tuberculose pulmonaire, néphrite parenchymateuse, par RIBAIL. (*Soc. anat.*, 6 avril.) — Rupture spontanée du cœur, dégénérescence graisseuse; athérome, caillot ancien de l'artère coronaire antérieure, cirrhose cardiaque ; néphrite interstitielle, par JOSIAS et BÉTRÉMIEUX. (*Soc. anat.*, 4 mai.) — Plaie non pénétrante du cœur par arme à feu, mort par épanchement sanguin dans le péricarde, par CHAPUT. (*Soc. anat.*, 6 avril.)

**Conjonctive.** — De la tuberculose de la conjonctive comparée au lupus de cette muqueuse, par LUC. (*Thèse de Paris*, 11 décembre.) — Lupus primitif de la conjonctive, par A. BENSON. (*Dublin. journ. of med.*, *sc.*, p. 78, janv.) — Lotions d'acide borique dans les conjonctivites rebelles, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juin.)

**Coqueluche.** — Nature et traitement de la coqueluche, discussion de la théorie parasitaire, par THOMAS M. DOLAN. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 445, déc. 1882.)

**Cornée.** — Démonstration clinique de la circulation lymphatique sous-épithéliale antérieure de la cornée chez l'homme, par Rampoldi. (*Ann. di Ottalm.*, XII, p. 386.) — De la kératite interstitielle et de son traitement par l'iridectomie, par Coppens. (*Thèse de Paris*, 19 déc.). — Kératite parenchymateuse intra-utérine, par Baas. (*Klin. Monatsbl.*, *f. Augenheilk*, décembre.)— De l'action de l'acide borique porphyrisé dans les kératites herpétiques, par Galezowski. (*Rec. d'opht.*, IV, n° 10.)

**Crâne.** — Étude comparative sur le crâne du porc, par M. Pellegrino Strobel. (*Arch. ital. de biologie*, III, p. 228.) — Des plaies de tête, par J. Ashhurst. (*Med. New*, 22 décembre.) — Fracture comminutive du crâne, intéressant le cerveau : guérison sans trépanation, faits de Turner et de Holmes. (*Brit. med. Journ.*, *p.* 15, juillet.) — Fracture comminutive du crâne : trépanation : greffe éponge, par H. Clark. (*Brit. med. Journ.*, p. 767, avril.) — Trépanation par un cal vicieux du crâne donnant lieu à une paralysie ; période de folie consécutive, guérison complète, par G. Wherry. (*Brit. med. Journ.*, p. 767, avril.) — Plaie contuse du crâne ; hémorragie méningée du côté opposé au traumatisme, hémorragies corticales multiples, par Jacquet. (*Soc. anat.*, 11 mai.) — Traitement des fractures du crâne récentes ou anciennes avec dépression, par Moses Gunn. (*Trans. of the Americ. surg. assoc.*, I, p. 83.)

**Cristallin.** — Théorie de la vision chez les opérés de cataracte, traitement fonctionnel, par Amat. (*Broch.*, *Alger.*) — Notes sur l'extraction de la cataracte fénile, par Edw. Andrew, Siméon Snell ; G. Cowell. (*Brit. med. Journ.*, p. 41, janvier.) — Cataracte liquide d'une teinte jaunâtre, extraction, guérison, par Breton. (*Rec. d'opht.*, n° 11.) — Notes sur l'opération de la cataracte, par Schmitz. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, décembre.) — Discision d'une cataracte congénitale chez un enfant de 5 mois ; mort 15 heures après l'opération, par Rheindorf. (*Ibid.*, décembre.)—Étude sur l'astigmatisme cornéen et la perception des couleurs chez les opérés de cataracte, par Masson. (*Thèse de Lyon.*) — Luxation du cristallin : remarques sur la vieille opération de l'abaissement de la cataracte, par Edwyn Andrew. (*Brit med.*, p. 1292, décembre 1882.)

## D

**Diabète.** — Rétraction de l'aponévrose palmaire chez les diabétiques, par Viger. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — Note sur l'urine de certains diabétiques à poids spécifique faible (de 1,005 à 1,008), par Ch. Cameron.(*Dublin journ. of med. sc*, p. 295, avril.) — Sur l'usage des courants continus dans le diabète sucré, par W. H. Stone, Walter et J. Kilner. (*St-Thomas's Hosp. Rep.*, XI, p. 61.) — Sur l'action de l'iodoforme dans le diabète sucré, par Bozzolo. (*Arch. ital. de biol.*, III, n° 3.) — Du diabète sucré, aux eaux de Neuenahr, par Teschemacher. (*Deutsche med. Woch*, n° 6.) — Le pain de gluten doit-il être prescrit aux diabétiques, par Schiffer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13.)

**Diphtérie.** — Mort subite pendant ou peu après la convalescence de la diphtérie, par Ferguson. (*Med. News*, 15 déc.) — Des arthrites consécutives à l'angine couenneuse, par Pauli. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 novembre.) — Traitement de l'angine diphtéritique par le salicylate de soude, par Allan

JAMIESON. (*Edinb. med. Journ.*, p. 499, déc. 1882.) — Infiltration diphtéritique des paupières et du tissu cellulaire rétrobulbaire à la suite d'une opération de distichiasis; atrophie aiguë du nerf optique, par RHEINDORF. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, déc.) — Le perchlorure de fer dans la diphtérie, par ANDRESE. (*Deutsche. med. Woch.*, n° 11.) — Chlorate de potasse et diphtérie, par HULLMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46.)—Réhabilitation du chlorate de potasse dans le traitement de la diphtérie, par SEELIGMÜLLER. (n° 45.) — Diphtérie et chlorate de potasse, par HAEBLER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 52.)

## E

**Eau.** — Description de quelques procédés usités en Angleterre et en Écosse pour épurer les eaux industrielles, par G. WOLFF. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, XXXIX, p. 121 et 298.)

**Eaux minérales.** — Étude clinique sur Amélie-les-Bains, ses eaux et son climat, par GRANIER. (In-8° *Montpellier.*) — Du traitement des maladies des femmes aux thermes de Landeck, par L. JOSEPH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 10.)

**Électricité.** — Notice sur les applications médicales de l'électricité, par LARAT. (In-8° *Paris.*) — De l'action des courants électriques continus appliqués au voisinage du cerveau et des résultats qu'ils produisent dans l'œil, par GILLET DE GRANDMONT. (In-8°, *Paris.*) — Mensuration de l'électricité dans ses usages médicaux, par H. STONE et WALTER KILNER. (*St-Thomas's Hospit. Rep.*, vol. XI, p. 147.)

**Embryon.** — Sur l'anatomie d'un embryon humain de la 4e semaine, par FOL. (*Acad. des sciences*, 31 déc.)

**Empoisonnement.** — Recherches physiologiques sur l'action des poisons chez les invertébrés, par KŒHLER. (In-4° *Nancy.*) — De quelques accidents observés chez les cuisinières qui se servent du gaz, et des moyens de les prévenir, par ARNOZAN. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, 10 décembre.) — Contribution à l'étude des troubles nerveux moteurs, sensitifs et trophiques consécutifs à l'asphyxie par les vapeurs de charbon, par A. PLANTEAU. (*Thèse de Bordeaux.*) — Deux cas d'intoxication par l'iodoforme, par PICK. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30.) — Empoisonnement par les champignons, par ARNOZAN. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 sept.)— Sur un cas d'empoisonnement par la strychnine, traité par le chloral à l'intérieur et en injections sous-cutanées, guérison, par V. FAUCON. (*Arch. gén. de méd.*, janvier et février.) — Recherches sur l'intoxication aiguë et chronique par la morphine, par MARMÉ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14.) — Étude sur le morphinisme par JOUET. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — Morphinisme chronique. Statistique du Johannes-Hospital de Bonn, par BURKART. (*Deutsche med. Woch.*, n° 3.) — Acide cyanhydrique antidote de la strychnine, par PARKINSON (*Brit. med. Journ.*, p. 165, juillet.) — Empoisonnement par l'acide chlorhydrique, mort au bout de 24 heures, par LEGENDRE. (*Soc. anat.*, 6 avril.) — Des effets toxiques du bichromate de potasse, par E. BERNASCONI. (In-8°, p. 83, *Lyon.*) — Empoisonnement par le turbith minéral,

mort, par Mac Phedran. (*Med. News.*, 22 déc.) — Empoisonnement par le chloral, par A. Mechan. (*Brit. med. Journ.*, p. 820, oct.) — Deux cas d'intoxication par la morphine, par Fengkovy. (*Wien. med. Presse*, n° 7.) — Intoxication mortelle par le chlorate de potasse, par Bohn. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33.)

**Enfant.** — Précis de physiologie et pathologie thérapeutique de l'enfance, par W. Reitz. (*Berlin.*) — Étiologie des convulsions chez les enfants, par Kjellberg. (*Chicago med. Journ.*, août).—Du traitement purement diététique des maladies des voies digestives chez les nourrissons. (*Deutsche med. Woch.*, n° 3.) — De la fièvre de croissance, par Bouilly. (*Gaz. des hôpit.*, 27 et 29 nov.) — Discussion sur la diarrhée estivale des jeunes enfants, par Ballard et Morison. (*Brit. med. Journ.*, p. 364, août.)— Du traitement de la toux convulsive par Musatti. (*Arch. di patol. infant. nov.*) — L'orthopédie moderne et les maladies chirurgicales des enfants, par Cl. Romano. (*Giorn. int. delle. sc. med.*, II.) — Myome prostatique chez un enfant de 13 mois, par Mudd. (*Saint-Louis med. and surg. journal nor.*) — Ablation d'une tumeur sanguine siégeant au cou d'un jeune enfant, au moyen d'un compresseur hémostatique à points de suture marqués, par Hyernaux. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 1.)

**Épilepsie.** — Leçons cliniques sur l'épilepsie et les troubles intellectuels qui l'accompagnent, par Carrier. (In-8°, *Lyon.*) — Ligature des artères vertébrales dans un cas d'épilepsie, mort, par Dunnett Spanton. (*Brit. med. Journ.*, p. 358 fév.)

**Érysipèle.** — De l'érysipèle de la peau dans le cours de la fièvre typhoïde, par Gérente. (*Thèse de Paris*, 17 déc.)

**Estomac.** — De l'estomac au point de vue médico-légal (les cas d'empoisonnement non compris), par Mallen. (*Thèse de Lyon.*)—Innervation du cardia par les nerfs pneumogastriques, par Openchowski. (*Centrbl. f. die. med. Wiss.*, n° 31.) — Structure de la muqueuse gastrique, par Trinkler. (*Cent. f. med. Wiss*, n° 10.) Idem par A. Glinsky. (*Ibid.*, n° 13.)— Des accidents céphaliques sympathiques de la dyspepsie, par Hayoit. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, XVII, n° 12.) — Étude sur la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonite calleuse, par Hanot et Gombault. (*Arch. de physiol.*, 1882.) — Dix cas de contraction congénitale de l'estomac, avec remarques, par Roger Williams. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XVII, juillet.) — Observation de dilatation de l'estomac, par Sanctuary. (*Brit. med. journ.*, p. 612, mars.) — Deux cas d'ulcère perforant de l'estomac, par Scott Battams. (*Brit. med.*, p. 862, mai.) — Cancer de l'estomac, cancer secondaire des capsules surrénales, du foie, du pancréas, congestion et inflammation des corps cérébraux, par Josias. (*Soc. anat.*, 4 mai.) — Du lavage de l'estomac, par Jose Armangué. (*Barcelone*, 1882.) — Sonde à double courant pour le lavage de l'estomac, par Reichmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 décembre.) — De la résection du pylore dans les lésions organiques de l'estomac, par Marie. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — Du manuel opératoire de la suture de l'estomac et de l'intestin, par Th. Kocher. (*Cent. f. Chir.*, n° 45.)

## F

**Fibrome.** — Du fibrome molluscum, par Perck. (*Thèse de Paris*, 21 déc.)

**Fièvre intermittente.** — De la fièvre et de son traitement, par UNVERRICHT. (*Deutsche med. Woch*, n° 5.) — Sur quelques cas de pyrexie paroxystique simulant la fièvre intermittente, par W. ORD. (*Saint-Thomas's hosp. Rep.*, vol. XI, p. 31.) — La fièvre récurrente observée aux Indes occidentales, par VANDYKE CARTER. (In-8°, *Londres*, 1882.) — Des germes et organismes inférieurs contenus dans les terrains à malaria, par A. CECI. (*Archives italiennes de biologie*, t. II, fasc. II.) — Observation d'urticaire paludique, par O. GUELLIOT. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, août.) — De l'efficacité de l'iodure dans la malaria, par F. FINNEY. (*Med. News*, 27 septembre.)

**Fièvre jaune.** — Histoire d'une épidémie de fièvre jaune à la Guadeloupe, par PEYRON. (*Thèse de Bordeaux.*)

**Foie.** — Étude expérimentale sur la régénération partielle et sur la néoformation du foie, par TIZZONI. (*Arch. ital. de biologie*, III, n° 3.) — Recherches expérimentales et pathologiques sur l'hypertrophie et la régénération partielle du foie, par COLUCCI. (*Ibid.*) — Sur le nombre des globules rouges dans les vaisseaux du foie, par NICOLAÏDES. (*Archiv. de physiol.*, 1882.) — Note sur la périodicité de certains symptômes hépatiques, par J. CYR. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Fièvre hépatique, par LANDOUZY. (*Gaz. des hôp.*, 6 septembre.) — Des ictères graves et des hépatites parenchymateuses, par E. LANCEREAUX. (*Revue de médecine*, juillet et août 1882.) — Typhus hépatique, par LANDOUZY. (*Gaz. des hôpit.*, 6 octobre.) — Sucre dans le liquide ascitique d'un cirrhotique, par ARNOZAN. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 novembre.) — Sur une variété de cyrrhose encore inédite accompagnant la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique, par DUBUJADOUX. (*Gaz. hebdomad.*, n° 12, p. 199.) — Cirrhose du foie sans ascite, par SAUNDBY. (*Brit. med. Jour.*, p. 316, fév.) — D'un nouveau symptôme de dégénérescence graisseuse du foie, par PUGLIESI. (*Gaz. med. ital. prov. Veneti*, n° 30.) — Contribution à l'étude du cancer primitif du foie, par CHAUVEL. (*Thèse de Bordeaux.*) — Abcès du foie pris au début pour une pleurésie droite, mort, par PRIOLEAU. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 septembre.) — Contusion du thorax et de l'abdomen. Fracture de côtes. Rupture du foie, mort, par BOURSIER. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 août.) — Adénome du foie, par ROVIGHI. (*Arch. per le sc. med.* VII, n° 1.)

**Fracture.** — De l'emphysème traumatique considéré surtout comme complication des fractures de côtes, par MINIÈRE. (*Thèse de Paris*, 8 déc.) — De la fracture de l'extrémité interne de la clavicule, par SERRE. (*Gaz. hebdomad.*, mai.) — Fracture de l'humérus avec cal carcinomateux, par KŒSTER. (*Berlin. klin. Woch*, n° 49, p. 764, 3 décembre.) — De la fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, par PINNER. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 déc.) Traitement de certaines fractures de l'extrémité inférieure du fémur, par Fréd. TRÈVES. (*Br. med. Journ.*, p. 306, fév.) — Observation de fracture de la rotule traitée par la suture osseuse, par WARD. (*Brit. med. Journ.*, p. 1118, juin.) — Le traitement de la fracture transversale de la rotule dans le but de produire un cal osseux, par J. LEVIS. (*Trans. of the Amer., surg. assoc.*, I, p. 99.) — Fracture de la malléole externe chez un hépatique, érysipèle, mort, par PICQUÉ. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 septembre.) — Appareil d'extension pour le traitement des fractures du membre inférieur, par ENGLISCH. (*Wien. med. Presse*, n° 10.) — Fracture de la rotule suture des fragments, guérison, par FINCKE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34.)

## G

**Gangrène.** — De la nature et de la prophylaxie de la septicémie gangréneuse (gangrène gazeuse foudroyante), par Courboulès. (*Thèse de Lyon.*) — De la gangrène sénile, par Rondot. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 déc.) — Gangrène symétrique des téguments de l'abdomen chez un enfant, par Southey. (*Brit. med. Journ.*, p. 1094, 2 déc. 1882.) — De la gangrène typhoïde, par David. (*Thèse de Paris*, 10 déc.) — Traitement des gangrènes cutanées produites par la compression sur la tête du nouveau-né, par F.-A. Kehrer. (*Centralbl. f. Gynækologie*, n° 4.)

**Gastrostomie.**—De la gastrotomie dans les cas de rétrécissements cancéreux de l'œsophage. — Rétrécissement infranchissable ; opération, mort dans le collapsus, 48 heures après, par A. Faucon. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 11, 1882.)

**Géographie médicale.** — Essai sur la topographie médicale, l'histoire et l'hygiène de l'arrondissement de Grenoble, par Folliasson. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — Notes médicales sur le Japon, par A. Rémy (*Arch. gén. de méd.*, mai et août.) — Remarques sur la côte occidentale du golfe de Gênes, par Paul Guterbock. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 octobre.)

**Glaucome.** — Du glaucome, par Del Monte. (*Annali di Ottalm*, XII, p. 353.) — Nouvelle méthode de traitement du glaucome chronique, par Lindsay Johnston. (*British medical Journ.*, 5 mai.)

**Greffe.** — Note sur l'application pratique de la greffe éponge, par Hamilton. (*Brit. med. Journ.*, p. 7, janv.) — La greffe éponge, par Perkins, (*Ibid.*, p. 31, janv.) — Deux cas de greffe éponge, par Theodore Acland. (*Ibid.*, p. 205, févr.)

**Grossesse.** — Deux cas de vomissements incoercibles dans la grossesse, un cas suivi de mort, par Stedman. (*Boston med. Journ.*, 6 déc.) — Vomissements incoercibles de la grossesse arrêtés par les cautérisations du col utérin, par Maury. (*Congrès de la Rochelle*, p. 692, 1882.) — Grossesse prolongée pendant plus de dix mois : naissance d'un enfant pesant 12 livres, par Macdonald. (*Brit. med. Journ.*, p. 12, juillet.) — Grossesse tubaire, rupture du kyste et mort subite, par Gilbert. (*Boston med. Journ.*, 6 déc.) — Grossesse tubaire : rupture de la trompe, guérison, par Kendrick Vines. (Observation douteuse). (*Brit. med. Journ.*, p. 355, fév.) — Cas de grossesse tubaire : rupture de la trompe en pleine santé, hémorragie mortelle en quinze heures, par H. Habgood. (*Ibid.*, p. 250, février.)

**Gynécologie.** — Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par de Sinéty. (2e édit., *Paris.*)

## H

**Hémorragie.** — Mort par hémorragie du cordon, hémophilie, par Vogel. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 27, 1882.) — Mort subite par hémorragie des veines

hépatiques, par HOLT. (*Boston med. Journ.*, 20 déc.)— Hémorragie artérielle produite par une piqûre de sangsue, par FABRE (de Commentry). (*Broch. Paris.*) — Hémorragie grave provenant des organes génitaux externes pendant le travail et après l'accouchement, par PETER YOUNG. (*Edinb. med. Journ.*, p. 800, mars.)

**Hernie.**— Hernie congénitale étranglée, par P. HUME MACLAREN. (*Edin. med. Journ.*, p. 797, mars.) — Hernie inguinale congénitale, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôpit.*, 2 octobre.) — Hernie ombilicale épiploïque réductible de l'adulte, par P. COUDRAY. (*Soc. anat.*, 23 mars.) — Hernie ombilicale : taxis prolongé suivi de succès, par PARIS. (*Gaz. des hôpit.*, 11 septembre.) — Remarques sur le traitement opératoire de la hernie irréductible, par BULL. (*Med. News*, 22 déc., p. 690.) — Pseudo-étranglement herniaire : deux cas d'épiplocèle enflammé, par LE FORT. (*Gaz. des hôpit.*, 8 septembre.) — Est-il nécessaire d'enlever le testicule dans la cure radicale des hernies congénitales, par SONNENBURG, HAHN, KUESTER, VON BERGMANN. (*Berl. klin. Wochen.*, n° 48, p. 747, 26 nov.) — De la cure radicale des hernies congénitales de l'aîne, par A. ZELLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 786, 17 décembre.) — Traitement des hernies gangrénées, par RIEDEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45.) — Guérison radicale de la hernie ombilicale, par LAWSON TAIT. (*Brit. med. Journ.*, p. 1118, déc.) — Nouvelle opération pour la cure radicale des hernies, par FITZGERALD. (*Brit. med. Journ.*, p. 1110, déc.)

**Herpès.** — Récidive de zona, par FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 octobre.)

**Hôpitaux.** — Des hôpitaux d'enfants, par BAGINSKY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30.)— L'hôpital pour enfants, par P. HAMPELN. (*Berlin.*)

**Hydatide.** — Kyste hydatique suppuré du foie, guérison (ponctions, lavages iodés, par MARMONNIER. (*Lyon méd.*, 18 nov.) — Deux cas d'échinocoques de la mamelle, par G. FRANCESCHI. (*Bullet. delle Sc. med.*) — Kystes hydatiques multiples de l'abdomen, par LUGEOL. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 décembre.)

**Hygiène.** — L'exposition d'hygiène allemande à Berlin en 1883, par Jules ARNOULD. (*Annales d'hygiène*, novembre et décembre.) — Hygiène scolaire aux États-Unis. (*Sanitary Record*, n° 312, p. 104, septembre). — Leçon sur les médicaments et sur l'hygiène, par E. DUNCAN. (*Glasg. med. Journ.*, p. 414.) — Études sur l'assainissement de la campagne romaine, par Conrad TOMMASI-CRUDELI. (*Archiv. ital. de Biologie*, t. III, f. I.) — Du cuivre contre les maladies infectieuses et de l'innocuité absolue des poussières professionnelles de ce métal, par BURQ. (*Acad. des sciences*, 3 décembre.) — Hygiène professionnelle des ouvriers employés à la fabrication du gaz d'éclairage, par DUCHESNE. (*Journ. de méd. de Paris*, 29 sept.) — Note sur les poussières industrielles, modifications à apporter à la législation en matière d'hygiène industrielle, par E. BLAISE et H. NAPIAS. (*Rev. d'hyg.*, novembre.) — Contrôle expérimental du théorème de Donkin Lenz, Herscher, sur les coefficients de ventilation, par E. VALLIN. (*Revue d'hyg.*, novembre.) — De la désinfection par la chaleur, avec la description d'une nouvelle chambre désinfectante, par James ADAMS. (*Glasg. Med. Journ.*, p. 337.) — La ventilation des égouts par Richard READ. (*Sanit. Record*, n° 312, p. 114, septembre.) — Des accidents produits par la benzine et la nitrobenzine, par E. NEUMANN et Alb. PABST. (*Ann. d'hyg. publiq.*, novembre et décembre.) — De la prostitution, de ses causes, de ses conséquences et de sa réglementation, revue critique, par C. LECOUR. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

**Hystérie.** — De l'hystérie et de son traitement, par LIEBERMEISTER. (In-8°, *Leipzig.*)—Trois cas d'hémiplégie hystérique, par HOLSTI. (*Finska Lakares Handlingar*, XXVI, n° 6.) — Amblyopie hystérique. Vomissements incoercibles : traitement par le platine, par PANAS. (*Gaz. des hôpit.*, 21 août.) — Monoplégie du bras et de la jambe de nature hystérique, par CHARCOT. (*Gaz. des hôpit.*, 11 déc.) — De l'hystéro-épilepsie comme complication de la grossesse. par SHIPPS. (*Med. News*, p. 698, 22 déc.) — Contribution à l'étude expérimentale de l'hypnotisme, par A. TAMBURINI et G. SEPPILI. (*Archives italiennes de Biologie*, t. II, fasc. 3.) — Un cas d'hystérie avec hypnotisme, par Hughes BENNETT. (*Brit. med. journ.*, p. 567, sept.)

## I

**Injection.** — Des injections sous-cutanées de médicaments stimulants, par ZUELZER. (*Deutsche med. Woch*, n° 9.)

**Intestin.** — Entérite pseudomembraneuse, par BOARDMAN. (*Boston med. Journ.*, p. 516, 29 nov.) — La percussion du côlon dans les diarrhées, par GŒDICKE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 7.) — Sur un cas d'embolie de l'artère mésaraïque supérieure, suivie de perforation de l'intestin, par CONTI. (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, n° 36.) — Oblitération congénitale de l'intestin grêle, par HENOCH.(*Charité-Annal.*, *Jahrg.* VIII, p. 565.)—De la pseudo-occlusion intestinale, par HENRI CHEVALIER. (*Thèse de Bordeaux.*) — Rétrécissement annulaire du côlon, par Joseph FAYRER. (*Brit. med. Journ.*, p. 1133, déc. 1882.) — Pincement latéral de l'intestin, par BRUNON. (*Soc. anat.*, 11 mai.) — Cancer du cæcum, du mésentère et du pancréas, par PRIOLEAU. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 nov.) — Du traitement du cancer du rectum ; rectotomie linéaire, colotomie lombaire, extirpation du rectum, par FERRI. (*Arch. med. ital.*, octobre.) — Rupture de l'intestin par le passage d'une roue de voiture sur le corps, sans lésion des parois abdominales, par TISSIER. (*Soc. anat.*, 11 mai.)

**Iris.** — Étude de certaines formes de persistance de la membrane pupillaire simulant des synéchies d'origine pathologique, par GIRE. (In-4° *Lyon.*) — Étude des hypohémas consécutifs aux iritis et aux iridocyclites, par BROCA. (*Arch. d'ophtalm.*, sept.)

## K

**Kyste.** — Du traitement des loupes par les injections d'éther, par LERMOYEZ. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 nov.) — Kyste volumineux du mésentère simulant un kyste de l'ovaire, opération, mort, par CH. CARTER. (*Brit. med. Journ.*, 7 janv.)

## L

**Lacrymales (Voies).** — Atrésie de trois points lacrymaux, par ZEHENDER. (*Klin Monatsbl. f. Augenheil.*, déc.)

**Lait.** — Du temps nécessaire à la digestion du lait et de la viande suivant leurs modes de préparation, par Jessen. (*Zeisch. f. Biol.*, XIX, Bd., p. 129.)

**Langue.** — Des kystes dermoïdes sublinguaux, par L. Ozenne. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Kyste dermoïde ou sébacé de la langue, excision, guérison, par Barker. (*Brit. med. Journ.*, p. 1122, juin.) — Extirpation de la langue, des glandes sous-maxillaires et sublinguales et de la paroi latérale du pharynx par la méthode de Kocher, guérison (épithélioma), par Bull. (*Med. News*, 24 nov., p. 573.) — Plaie de la langue par arme à feu, par Morrant Baker. (*Brit. med. Journ.*, p. 457, mars.)

**Larynx.** — Examen de quelques points controversés de la physiologie de la voix, spécialement des registres de la voix chantée et de la voix de fausset, par Mills. (*The journ. of physiol.*, IV, nos 2 et 3.) — La photographie du larynx, par French. (*Arch. of laryngol.* IV, no 4.) — Sur la production de la toux par les excitations de la membrane muqueuse du larynx, par A. Vulpian. (*Arch. de physiol.*, 1882.) — Spasme respiratoire limité à l'expiration chez un garçon de 14 ans, par Riegel. (*Berlin. klin. Woch.*, no 19. — Quelques cas d'affections laryngées, par Schœffer. (*Deutsche med. Woch.*, no 2.) — Sur les convulsions des muscles respiratoires, par Frantz Riegel. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, Bd., VI, p. 550.) — Sur la paralysie des diverses espèces de fibres du nerf récurrent, par Félix Semon. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 12, 19, 26 novembre et 3 décembre.) — Paralysie laryngée causée par un anévrysme, par W. Porter. (*Arch. of laryngol.* IV, no 4.) — Paralysie traumatique du muscle crico-aryténoïdien postérieur (en tournant violemment la tête), par Knight. (*Arch. of laryngol.*, IV, no 4.) — Disparition d'un trachome de la corde vocale (végétation) sans traitement local, par Knight. (*Arch. of laryngol.* IV, no 4.) — Étude sur la paralysie isolée du muscle aryténoïdien, par Louis Lecointre. (*Thèse de Bordeaux.*) — Phtisie laryngée, par G. Hunter Mackenzie. (*Edinb. med. Journ.*, p. 504, janv.) — Traitement de la tuberculose laryngée, par M. Schmidt (trachéotomie, inhalations de baume du Pérou, insufflations de nitrate d'argent, scarifications de l'épiglotte), par Betz, Jurasz, Bresgen (acide borique), Lippert (sublimé). (*Berlin. klin. Woch.*, p. 782, 10 déc.) — Du traitement de la phtisie laryngée, par Fletcher Ingals. (*Arch. of laryngol.*, IV, no 4.) — Trois cas de corps étrangers du larynx ou de la trachée, trachéotomie, guérison (deux cas chez des enfants de 17 et 19 mois), par Wharton. (*Med. News*, 17 nov.) — De la thyrotomie pour l'extirpation de corps étrangers engagés dans l'épaisseur du cartilage thyroïde, par Timothy Holmes. (*Med. chir. Transact.*, LXV, p. 177.) — Sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, par Aguiar. (*Thèse de Paris*, 12 déc.) — Extirpation du larynx, par Gussenbauer. (*Prager med. Woch.*, 1er août).

**Lèpre.** — Quelques inoculations de nodules lépreux, par Campana. (*Arch. ital. de biol.*, III, no 3.) — Inoculation de la lèpre des Arabes, par Campana. (*Arch. pr. le Sc. med.*, VII, no 1.) — Le bacille de la lèpre, par Ferrari. (*Giorn. ital. delle mal. Vener*, fasc. 4.) — Sur le bacille de la lèpre, par Georges Thin. (*Brit. med. Journ.*, p. 1178, juin.) — Trois cas de lèpre oculaire, par Bruns. (*New-Orleans med. Journ.*, XI, no 5.) — Traitement de la lèpre, par T. Peters. (*Edinb. med. Journ.*, p. 809, mars.)

**Luxation.** — Luxation du poignet et fracture de l'extrémité inférieure du radius, par Robert Garden. (*Edinb. med. Journ.*, p. 867, avril). — Luxation du coude en arrière datant de cinq semaines, réduction, par Massé. (*Gaz. hebd. des Soc. méd. de Bordeaux*, 24 oct.) — Luxation sous-coracoïdienne par action musculaire, par Dufour. (*Gaz. des hôpit.*, 11 août.) —

Luxation des deux rotules, enfant de 11 ans, par LANGE. (*Med. News*, p. 636, 8 déc.) — Luxation de l'astragale, par Basile NORRIS (relation d'un accident personnel. (*Trans. of the Americ. surg. Assoc.*, I, p. 285.)— Luxation irréductible de l'astragale ; extirpation totale de l'os avec conservation des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne, par F. BOREL. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, III, p. 684, décembre.)

**Lymphatique.** — Observation de lymphadénome chez un homme de 55 ans, par BRADBURG. (*Brit. med. Journ.*, p. 154, janv.) — Fait de lymphosarcome généralisé (chez un enfant de 11 ans), par HENOCH. (*Charité-Annal.*, VIII *Jahrg*, p. 556.)

## M

**Main.** — Dernière phalange de l'index arrachée avec tout le tendon du fléchisseur profond y attenant, par POLAILLON. (*Bull. Soc. de chir.*, p. 466.)

**Maladies professionnelles.** — Choléra, variole, fièvre typhoïde et charbon chez les cuivriers de Villedieu, par BOCHEFONTAINE. (*Acad. des sciences*, 10 déc.)

**Malformation.** — Un cas de transposition des viscères, avec luxation en bas du foie, par DONALD FRASER. (*Glasg. med. Journ.*, p. 401.)

**Mamelle.** — De la maladie kystique des mamelles, par BRISSÉ SAINT-MACARY. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — Le traitement de la galactorrhée et de la mammite par la compression avec le sparadrap, par SCHWARTZ. (*Cent. f. Gynæk.* n° 26, 1882.) — Cancer en cuirasse du sein remarquable par son développement rapide et son extension, par CHRISTELLER. (*Berlin. klin. Woch*, 8 oct.) — Squirrhe du sein chez l'homme, par DE SCHWEINITZ. (*Boston med. Journ.*, p. 471, 15 nov.) — Cancer du sein traité et guéri par H. BOENS. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, XVII, n° 11.) — Du cancer du sein chez l'homme, par LANDRY. (*Thèse de Paris*, 19 déc.)

**Massage.** — Du massage, par BEUSTER. (*Deutsche med. Woch*, n° 12.)

**Maxillaire.** — Kystes des mâchoires et leur étiologie, par EVE. (*Brit. med. Journ.*, p. 1, janv.) — De l'ankylose de la mâchoire inférieure, et de son traitement par un procédé nouveau, par EWING MEARS. (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, p. 454.) — Sarcome du sinus maxillaire, résection de la mâchoire supérieure, guérison, par Arthur TREHERN NORTON. (*Brit. med. Journ.*, p. 323, août.) — Adéno-ostéo-chondrome de la glande sous-maxillaire, par LANGE. (*Med. News*, 22 déc., p. 693.)

**Médecine (histoire).** — Les Français et la découverte de la circulation, par Henri TOLLIN. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Bd. XCIV., Hft I, p. 86.) — De l'enseignement de la médecine en Italie, par J. BIZZOZERO. (*Archiv. ital. de Biol.*, 20 mai.)

**Médecine légale.** — Le médecin devant les cours d'assises, par LACASSAGNE. (*Revue scientifique*, 29 déc.) — Recherches sous une tache d'encre, photogénie et photochimie, par FERRAND. (*Lyon Méd.*, 9 déc.) — Des cheveux, leur valeur en médecine judiciaire, à propos d'une obs. personnelle, par C. AMAT. (*Broch. Alger.*) — Remarques sur l'infanticide avec obs. d'un cas d'infanticide par submersion, par PINKHANO. (*Boston med. and surg.*

*Journ.*, 25 oct.) — Étude médico-légale de la pendaison, par PELLIER. (*Thèse de Lyon.*) — Étude médico-légale sur l'affaire Peltzer, par QUINLAN. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 106, fév.)

**Médecine militaire.**—Du choc traumatique et de la stupeur locale principalement dans les plaies d'armes à feu, par DE SANTI. (*Arch. de méd. mil.*, t., II, p. 225.) —De la situation des médecins militaires en Autriche-Hongrie, par MUHLWENZL. (*Der Feldartzt*, n° 9.) — Trois cas de coup de feu du thorax, par LOBKER. (*Wiener med. Presse*, n° 36-37.) — Brancard à ressorts et à plancher pour le transport des blessés, par P. HASER. (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 40.) — Histoire médicale de la guerre turco-russe de 1877-1878, par C. ZUBER. (*Arch. de méd. mil.*, t. II, p. 365.) —Coup de feu du thorax : enkystement pendant 20 ans de la balle dans le périoste d'une côte, par SZYDLOWSKI. (*Saint-Petersb. med. Woch.*, n° 24.) — Du suicide dans l'armée italienne, par BAROFFIO. (*Giornale di medicina militare*, p. 526.) — La folie dans l'armée italienne, par P. GRILLI. (*Ibid.*, p. 537.) — La rougeole dans l'armée italienne, par SALVATORE CERVASIO. (*Ibid.*, p. 673.)— Aménagement d'une voiture du train pour le transport de blessés légèrement atteints, par MENKE. (*Deutsche med. Zehft.*, p. 496.)— Sur le transport des malades et blessés par les voies ferrées dans les climats tropicaux, par GOVI. (*Brochure* in-8° de 16 pages. *Amsterdam.*) — Les voitures pour transport des blessés et trains sanitaires à l'Exposition d'hygiène de Berlin, par KRANTZ. (*Deutsche mil. Zehft.*, n° 10.) — Plaie pénétrante de l'abdomen : deux balles de mitrailleuse, dont une restée dans la cavité abdominale, par M. ZWICKE. (*Deutsche mil. Zehft.*, p. 407.) — Les maladies palustres dans l'armée, par ANSCHUTZ. (Article de bibliographie.) (*Deutsche militarärtzliche Zehft.*, p. 305.) — Un cas de manie épileptique soupçonné de simulation, par PREUSS. (*Deutsche militarärtzl. Zehft.*) — Les contrastes sanitaires entre les armées françaises et anglaises pendant la guerre de Crimée, par LONGMORE. (Un vol. in-8°, *Londres.*) — Le service de santé pendant les expéditions dans les contrées tropicales et subtropicales, par BRAUNE. (*Arch. de méd. mil.*, t., II, p. 25.)

**Méninge.** — Anomalies des sinus, de la dure-mère. Développement de ces sinus, etc., par Ch. LABBÉ. (*Archiv. de Physiol.*) — Sarcome de la dure-mère déprimant le pli sourcilier à gauche, sans aphasie, par MORIN. (*Soc. anat.*, 4 mai.) — Anatomie pathologique de la méningite tuberculeuse, par GUARNIERI. (*Arch. per le sc. med.* VII, n° 1.) — De la méningite chronique chez les enfants, ses rapports avec la syphilis héréditaire tardive, par F. DREYFOUS. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, nov.) — Méningocèle spinale. Ouverture spontanée de la poche, guérison, par VÉRON. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

**Menstruation.** — De la menstruation pendant la grossesse, par CASEDEVANT. (*Thèse de Bordeaux.*) — Leçons sur la physiologie comparée de la menstruation, par Alfred WILTSHIRE. (*Brit. med. Journ.*, p. 395, mars.) — Menstruation précoce, par CABADÉ. (*Gaz. méd. de Paris*, 29 septembre.)

**Moelle.** — Recherches expérimentales sur un nouveau centre automatique dans le tractus bulbo-spinal, par FANO. (*Arch. ital. de biol.*, III, n° 3.) — Sur l'existence d'altérations des nerfs cutanés dans les escharres survenant pendant le cours d'affections de la moelle épinière et du cerveau, par DÉJERINE. (*Arch. de Phys.*, 1882.) — Observation d'ataxie locomotrice insolite, par DRUMMOND. (*Brit. med. Journ.*, p. 570, septembre.) — Deux cas d'ataxie locomotrice avec dystrophie unguéale, par PRIOLEAU. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*) — Sur le nervo-tabes périphérique, par DÉJERINE. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 novembre 1883.) — Chute spontanée des dents et crises gastriques et laryngées chez les ataxiques, par DEMANGE. (*Revue de*

*médecine*, mars 1882.) — Sur une des formes frustes de la sclérose en plaques, par BARBAUD. (*Thèse de Paris*, 13 déc.) — Contribution à l'étude des formes frustes de l'ataxie locomotrice, par V.-R. MARTIN. (*Thèse de Bordeaux*, 1882.)

**Monstre.** — Recherches expérimentales sur la cause de quelques monstruosités simples et de divers processus embryogéniques, par WARYNSKI et FOL. (*Rec. zoolog. suisse*, I, n° 1.) — Fœtus de 6 mois 1/2, monstre exencéphalien, par COLLEVILLE. (*Soc. anat.*, 23 mars.)

**Mort.** — De l'influence exercée sur l'état mental, par l'approche de la mort, par A. SALIVAS. (*Thèse de Bordeaux.*)

**Muscle.** — L'adaptation fonctionnelle des muscles striés, par STRASSER. (*Stuttgard.*) — Muscle surnuméraire radio-carpien, par TESTUT. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 26 août.) — Contribution à la physiologie générale des muscles lisses, par E. SERTOLI. (*Arch. ital. de Biologie*, p. 78, avril.) — Recherches techniques sur le tissu élastique. Rapports du tissu musculaire et du tissu élastique, par F. BALZER. (*Archives de Physiologie*, 1882.) — Observation de boiteries dûes à des contractions anormales des muscles du pied et de leur aponévrose, par NOBLE SMITH. (*Brit. med. Journ.*, p. 1111, juin.)

**Mycose.** — Transmission de l'actinomycose de l'homme au lapin, par J. ISRAEL. (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 27.)

**Myxœdème.** — Leçon clinique sur le myxœdème, par THOMAS OLIVER. (*Brit. med. Journ.*, p. 582, mars.)

## N

**Nerf.** — Note sur les racines motrices du plexus brachial et sur le nerf dilateur de la pupille, par FERRIER. (*Proc. of Royal Soc. Londres*, XXXV, p. 225.) — Structure intime des nerfs palatins de la grenouille, et termison des nerfs dans les vaisseaux sanguins et les glandes, par W. STIRLING et J. MACDONALD. (*Journ. of Anat. and physiol.*, vol. XVII, avril.) — De la valeur segmentaire des nerfs crâniens, par MILNER MARSHALL. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XVI, avril.) — Nature de l'influence de l'innervation sur la nutrition des tissus, par E. LAHOUSSE. (*Mém. de l'Acad. de méd. de Belgique*, tome VII, 1882.) — Observations relatives à la pathologie de la sphère sensitive (3 observations très étendues), par BINSWANGER. (*Charité-Annal.*, VIII Jahrg, p. 498.) — Des propriétés téléphoniques des nerfs excités, par WEDENSKIL. (*Centrbl. f. med. Wiss.*, n° 26.) — Recherches sur l'histologie des centres nerveux, par GOLGI. (*Arch. ital. de biol*, III, n° 3.) — Névromes multiples dans le domaine du plexus brachial gauche; angiomes caverneux, lymphangiomes et névromes fibreux de l'extrémité supérieure gauche, par HEINRICH KÖBNER. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Bd. XCLIII, Hft. 2.) — Tumeur maligne du cou, englobant les nerfs du plexus cervical et le grand sympathique, par E. MAYLARD. (*Glasg. med. Journ.*, p. 406.) — Suture secondaire du nerf cubital six mois après sa division, par HERBERT PAGE. (*Brit. med. Journ.*, p. 1223, juin.) — Bégaiement compliqué de tics coordonnés multiples, par LETULLE. (*Gaz. méd. de Paris*, 17 novembre.) — Un fait de névrite multiple, par GEPPERT. (*Char.-Annal.*, VIII, Jahrg., p. 284.) — Névrite traumatique du plexus brachial droit.

Troubles trophiques, par Pozzi. (*Gaz. méd. de Paris*, 13 octobre.) — Tic douloureux et névralgie dentaire, par Walzberg. (*Cent. f. Chir.*, n° 45.)— De l'élongation du nerf optique, par Landesberg. (*Archiv f. Ophthalmologie*. Bd. XXIX. 4 Abt.)

**Nez.** — Asymétrie des fosses nasales sans déviation de la cloison, par H. Allen. (*Arch. of laryngol*, IV, n° 4.) — Nouveau diverticule de l'arrière cavité des fosses nasales, par O. Perik. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.* Bd. XCIV. Hft, 1.) — La douche nasale, son emploi et ses dangers, par A. Magnus. (*Kœnigsberg*, 1882.)— Œdèmes fugitifs de la face en rapport avec une irritation des fosses nasales, par Hack. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre.) — De la rhinoplastie par méthode française, par Maguin. (In-4°, *Nancy*.) — Traitement du coryza fétide compliqué d'affection des sinus, par Hartmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 décembre.) — Leçon sur le catarrhe naso-pharyngien, par Morell Mackenzie. (*Brit. med. Journ.*, p. 161, juillet.) — Physiologie de la chirurgie plastique, et en particulier de la rhinoplastie, par Edw. Bennett. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 97, janvier.) — Des résultats du traitement des fibromes naso-pharyngiens, avec une statistique de 74 opérations, par Lincoln (comprend des tumeurs de diverse nature, chez des femmes (8 cas) et des sujets âgés.) (*Arch. of laryngol.*, IV, n° 4.) — Polype naso-pharyngien. Résection totale du maxillaire supérieur, par Demons.(*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 décembre.) — Large tumeur kystique des fosses nasales postérieures, guérison, par Lefferts. (*Med. News*, 15 décembre.)

**Nutrition.** — De la mensuration de la nutrition organique, par Rommelaere. (In-8°, *Bruxelles*.)

O

**Occlusion intestinale.**—Du traitement de l'obstruction intestinale par la ponction de l'intestin, par Rabère. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 déc.) — Obstruction intestinale par volvulus. Mort, par Prioleau. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 août.)— Discussion sur l'obstruction intestinale et son traitement chirurgical, par Rushton Parker. (*Brit. med. Journ.*, p. 669, oct.) — De la laparotomie en cas d'obstruction intestinale, par John Morgan. (*Brit. med. Journ.*, p. 672, oct.) — Trois cas montrant que le rétrécissement du rectum ne suppose pas nécessairement l'obstruction intestinale, par Rushton Parker. (*Brit. med. Journ.*, p. 1067, déc.) — Carcinome du cæcum, excision. Anus contre nature. Guérison complète, par Maydl. (*Wien. med. Presse*, n° 14.) — Cas d'ileus. Guérison, par Florian. (*Wien. med. Presse*, n° 13.) — De la suture de l'intestin, par Hohenhausen. (*Deutsche med. Woch.*, n° 36.)

**Œil.** — Note sur l'anatomie du corps ciliaire, par Brailey. (*Brit. med. Journ.*, 23 sept. 1882.) — Parcours et terminaison du nerf optique dans la rétine des crocodiles, par Tafani. (*Arch. ital. de biologie*, t. IV, f. 2.) — Recherches sur le muscle ciliaire des reptiles, par F. Mercanti. (*Arch. ital. de biologie*, IV, f. 2.) — Contributions à l'étude anatomique du nerf optique, par Vossius. (*Arch. f. Ophthalmologie*, Bd. XXIX, 4 Abth.)—Un cas de persistance des vaisseaux hyaloïdiens, par Hirschberg. (*Centralb. f. prakt. Augen-*

*heilk.*, nov.) — Contribution à l'étude pathologique de l'œil, par E. Berger. (*Arch. f. Ophtalm.* Bd. XXIX, 4 Abth.)— Contributions à l'étude des photopsies dans les environs du point de fixation, par Mayerhausen. (*Arch. f. Ophtalm.* Bd. XXIX, 4 Abth.)— Influence de la couleur sur la perception des différences de clarté, par Charpentier. (*Acad. des Sciences*, 17 déc.)— Hygiène de la vue dans l'écriture, par G. Martin. (Broch., Paris.) — De la production de l'astigmatisme régulier dans certaines anomalies de la réfraction et de l'accommodation, par Landesberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, déc.) — Un nouveau procédé pour la détermination de la réfraction à l'image droite, par Burchardt. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, déc.) — Quatrième contribution à l'ophtalmométrie, par Javal. (*Annales d'oculistique*, sept., oct.) — La détermination de la réfraction au moyen de l'ophtalmoscope avant et après l'atropinisation, par Story. (*Ophtalm. Review.*, oct.) — Notes de chirurgie oculaire, par Nicati. (*Arch. d'opth.*, sept., oct.) — Contribution à l'étude de l'amblyopie et de l'amaurose traumatique, par Denti. (*Ann. di Ottalmol.*, XII, p. 394.) — Deux cas d'amblyopie dus à des excès sexuels, par Glascott. (*Opth. Review*, avril.) — Des troubles oculaires dans la grossesse et l'accouchement, par Métaxas. (*Rec. d'opht.* IV, n° 10.)— Un cas d'affection oculaire par fulguration, par Purtscher. (*Arch. f. Ophthalmologie*, Bd. XXIX, 4 Abth.)—Les effets de la lumière électrique sur l'œil, par A. Emrys Jones. (*Opth. Review*, avril.) — Amaurose et cécité par action de la lumière solaire, par Czerny. (*Sitz. d. Kais. Akad. Wiss. Wien*, Bd., 56, Abth., 2.) — De l'uvéite antérieure, par Bock. (*Allg. Wiener med., Zeit.*, n° 40.)—Valeur des symptômes oculaires dans la localisation des maladies cérébrales, par E. Nettleship. (*Brit. med. Journ.*, p. 1081, 2 décembre 1882.) — Discussion sur les symptômes oculaires dans les maladies de la moelle. (*Ophtalmol. Soc.; Br. med. Journ.*, p. 1228, juin.) — Sur l'ophtalmie jéquirityque, par Hippel. (*Arch. f. Ophthal.* Bd. XXIX, 4 Abth.) L'ophtalmie égyptienne en Angleterre. (*Med. Times*, août, p. 195.) — Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés. (*Revue critique*, par A. Russell Simpson. (*Edinb. med. Journ.*, p. 877, avril.) — Ophtalmie sympathique disparaissant en 17 jours après l'énucléation de l'autre œil, par Ernest Bower. (*Brit. med. Journ.*, p. 1000, mai.) — Démonstration expérimentale de l'ophtalmie sympathique, par Deutschmann. (*Archiv f. Ophthalmologie.* Bd. XXIX, 4 Abth.) — Mélano-Sarcome épi-bulbaire, par Hirschberg et Birnbacher. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde*, nov.). — Hémorragie autour de la macula consécutive à un effort; galvanisation, guérison complète en six semaines, par Reich. (*Ibid.*, nov.). — Un cas de sarcome de la choroïde avec envahissement précoce de la rétine, et dégénérescence sarcomateuse de toute la partie intra-oculaire du nerf optique, par Treitel. (*Arch. f. Ophthalmol.* Bd. XXIX, 4 Abth.) — Contribution à l'étude des tumeurs mécaniques de l'œil, par A. Wiegand. (*Arch. f. Ophthalm.*, Bd. XXIX, 4 Abth.) — Cancer de l'œil d'origine traumatique chez un enfant, par Gœtz et Haltenhoff. (*Revue méd. Suisse romande*, III, 865, déc.) — Des blessures de l'œil dans les applications de forceps, par Steinheim. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17.) — De la malaxation de l'œil après la sclérotomie, par Dianoux (*Arch. d'ophtal.*, sept.) — La suture en bourse de de Wecker, appliquée à l'ablation du staphylome et à l'énucléation, par Masselon. (*Ann. d'oculistique*, juillet-août.) — L'électro-magnétisme dans la thérapeutique, par Voltolini. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20.) — De la valeur thérapeutique de l'iodoforme dans les maladies de l'œil, par Alker. (*Arch. f. Ophthal.* Bd. XXIX. 4 Abth.) — De l'action des solutions étendues d'ésérine dans le traitement de l'affaiblissement du muscle ciliaire, par John Uhthoff. (*Brit. med. Journ.*, 15 juillet.) — Le jéquirity, son emploi en ophtalmologie, par Chauzeix. (*Thèse de Paris*, 27 déc.) — Des moyens antiseptiques dans le traitement des maladies des yeux et des oreilles, par Holmes. (*Chicago*

*med. Journ. and examiner*, sept.) — Description d'un ophtalmoscope à verres cylindriques, par PARENT. (*Ann. d'oculistique*, sept.-oct.) — Traitement opératoire de l'ophtalmie sympathique, par CH. BELL TAYLOR. (*Brit. med. Journ.*, p. 1231, déc.) — Extirpation d'une paillette de fer du corps vitré par l'incision de la sclérotique et l'emploi de l'électro-aimant, par FRAENKEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46.) — De l'examen des yeux des marins au point de vue du daltonisme, par BRAILEY. — *Id.*, par SNELLEN. (*Brit. med. Journ.*, p. 1008, nov.)

**Œsophage.** — De l'existence et de la distribution de l'éléidine dans la muqueuse bucco-œsophagienne des mammifères, par RANVIER. (*Acad. des Sciences*, 10 déc.) — Les bruits de déglutition au niveau du strabicule du cœur, par MELTZER. (*Centralbl. f. med. Wiss.*, n° 1.) — Cancer annulaire de la partie inférieure de l'œsophage, rétrécissement, gastrostomie, par LE FORT. (*Gaz. des hôpitaux*, 7 août.) — Plaie par arme à feu du cou avec perforation de l'œsophage, guérison par ALLEN CHARLES. (*Brit. med. Journal*, p. 611, mars.)

**Orbite.** — Étude des anastomoses entre les veines de l'orbite et celles de la face, par GURWITSCH. (*Arch. f. Ophthalmol.*, XXIX, Bd. 4 Abth.) — Tumeur intra-orbitaire, par L. PAREJA. (*Gacea méd. de Granada*, sept.)

**Oreille.** — Les épithéliums acoustiques, par A. TAFANI. (*Arch. ital. de biol.*, p. 62, avril.) — Sur la membrane du tympan, par JOHN CROMBIE. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XVII, juillet.) — Préparations de l'organe humain de Corti, par STEINBRÜGGE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 751, 26 nov.) — Bourdonnements d'oreilles et vertiges comme signes de lithémie, par LYMAN. (*Boston. med. Journ.*, 13 déc.) — Leçon d'introduction sur les maladies de l'oreille et sur leur diagnostic, par J. PATTERSON CASSELS. (*Glasgow med. Journ.*, janv.) — Diagnostic des maladies de l'oreille, leçons faites à l'hôpital otologique de Glascow, par JAMES PATTERSON CASSELS. (*Glasgow med. Journ.* juin-juill.) — Surdi-mutité, statistique, par SCHWABACH (*Eulenburg Real Encyclopedie.*) — Périostite et nécrose de l'apophyse mastoïde, guérison, par S. CHEESMAN. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, p. 490. — Observations cliniques sur l'otorrhée avec perforation du tympan (24 observations), par MÉKAY. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, p. 468.) — Ouverture chirurgicale de l'apophyse mastoïde, par R. WEHMER. (*Der practische Arzt.*, n° 8 et 9.) — Ankylose traumatique de l'étrier, par KIRCHNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 751, 26 nov.) — Détachement du pavillon et du conduit auditif cartilagineux pour l'extraction d'un calcul enchatonné de la caisse, par RUTEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 752, 26 nov.) — Corps étranger de l'oreille datant de vingt ans, par LUCIUS HOLLAND. (*Brit. med. Journ.*, p. 204, fév.) — Les otorragies au point de vue médico-légal, par HEDINGER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 751, 26 nov.) — Nouveau tympan artificiel, par HARTMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 déc.) — Contribution à la ténotomie du muscle du marteau, par J. GRUBER. (*Monatsch. für Ohrenh.*, n° 7.) — Rapport sur les causes de la surdi-mutité, et les moyens d'en diminuer la fréquence, par JACQUEMART. (*Ann. des mal. de l'oreille*, nov.) — Les maladies d'oreilles chez les employés de chemins de fer, par HEDINGER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 27.) — Cathétérisme de la trompe d'Eustache dans le catarrhe de l'oreille moyenne, par URBANTSCHITSCH. (*Wien. med. Presse*, n° 1.) — Exostose éburnée du conduit auditif externe : ablation au moyen de l'instrument américain (perforateur dentaire), par FIELD. (*Brit. med. Journ.*, p. 1011, nov.) — Valeur comparative des diverses variétés de tympans artificiels, par F.-M. PIERCE. (*Brit. med. Journ.*, p. 720, oct.) — Même sujet, par BARR. (*Ibid.*, p. 722.) — Sur les indica-

tions et la valeur thérapeutique du tympan, par LITTON FORBES. (*Brit. med. Journ.*, p. 814, oct.)

**Oreillon.** — Étude sur une forme grave d'oreillons, par KARTH. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — De l'atrophie testiculaire, consécutive aux oreillons, par BICH. (*Thèse de Paris*, 27 déc.)

**Organismes inférieurs.** — Des inflammations liées à la présence des microbes, péripneumonie contagieuse, pneumonie rubéolique, érythème cutané du rouget des porcs, par CORNIL et BABÈS. (*Arch. de physiol.*, n° 6.) — Les bactéries et la théorie parasitaire des maladies, par GRADLE. (In 8°, *Chicago.*) — Du rôle des organismes inférieurs dans les complications des plaies, par L. DANDOIS. (In-8°, *Bruxelles.*)

**Os.** — Construction de la ceinture scapulo claviculaire dans la série des vertébrés, par LAVOCAT. (*Acad. des Sciences*, 3 déc.) — Un cas de fusion des os du squelette du pied, par ALEXANDER BRENNER. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Bd. XCIV, Hft. I, p. 23.) — Ossification du temporal, par J.-B. SUTTON. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XVII, juillet.) — Lésions osseuses dépendant des maladies nerveuses, par H.-C. WOOD. (*Med. News*, 8 déc.)—Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement, par GOULLIOUD. (*Thèse de Lyon.*) — Nécrose épiphysaire et ses conséquences, par MORRANT BAKER. (*Brit. med. Journ.*, p. 416, sept.) — Tumeur pulsatile du tibia, par A. KINSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1065, juin.) — De l'anévrisme des os, par PILLOT. (*Thèse de Paris*, 24 déc.) — Des exostoses multiples de croissance, par LAPASSET. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — Cal vicieux du fémur, ostéoclasie sus-condylienne, guérison par D. MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 23 déc.) — Le redressement brusque et l'ostéotomie comparés aux autres moyens de traitement du genou valgus, statistique personnelle, par CLEMENTE ROMANO. (*Resac. della R. Accad. med. chir.*, Naples, t. 37.) — Osséotomie du fémur pour le traitement de l'ankylose de la hanche dans une position vicieuse, par MOORE. (*Trans. of the Americ. surg. Assoc.*, I, p. 111.)—Contribution à l'étude de la suture osseuse, par J.-L. SÉNAT. (*Thèse de Bordeaux.*) — Plaie de la rotule : suture osseuse avec des fils d'argent. Guérison, par T. CLARK. (*Brit. med. Journ.*, p. 1015, nov.) — Remarques sur l'opération de l'ostéotomie dans les déformations des membres inférieurs, par A. RABAGLIATI. (*Brit. med. Journ.*, p. 1006, nov.)

**Ovaire.** — De la hernie de l'ovaire, remarques sur les fonctions physiologiques de cet organe, par R. BARNES. (*Ann. de gynécol.*, sept.) — Kystes du paraovarium, par GOODELL. (*Med. News*, p. 693, 22 déc.) — Deux cas d'epithélioma pavimenteux, ayant pour point de départ un kyste dermoïde de l'ovaire, par BABINSKI. (*Soc. anat.*, 4 mai.) — Deux kystes volumineux de l'ovaire guéris complètement par les injections de teinture d'iode, par CANTIERI. (*Lo sperimentale*, octobre.) — Kystes en connexion avec les deux reins, ouverts ou drainés, extirpation concomitante d'un ovaire, guérison par KNOWSLEY THORNTON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1004, mai.) — Ovariotomie chez une enfant de huit ans et demi, par DUCHAMP. (*Semaine méd.*, juil.) — Ovariotomie, guérison, modifications récentes dans les procédés, par M' MURTRY. (*Med. News*, 8 déc.) — Cinq ovariotomies, par PARVIN. (*Med. News*, 15 déc.) — Statistique des opérations d'ovariotomie faites en 1882, par SAVAGE (70, dont 7 morts). (*Brit. med. Journ.*, p. 700, août.)

## P

**Palais.** — Tumeur du voile du palais. Ligature de la carotide primitive, par Dubrueil. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 août.)

**Pancréas.** — Les mycrozymas du foie et les microzymas du pancréas, par Béchamp. (*Archiv. de physiol.*, 1882.) — Des lésions, calculeuses ou non, des conduits pancréatiques, par Woodruff Johnston. (*Americ. Journ. of the med. Sc.*, p. 404.)

**Pansement.** — De la méthode de Lister du traitement aseptique des plaies et de ses modifications, par Watson (*Trans. of the Americ. Surg. Assoc.*, I, p. 205.) — Les dernières évolutions des pansements antiseptiques. Revue critique, par L. de Santi (*Arch. gén. de méd.* mars.) — Avantages de la charpie hémostatique, d'Eckstein, par Englisch. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 décembre.) — Des conditions hygiéniques en rapport avec le traitement des plaies chirurgicales, par Cabell, avec une statistique de 387 cas d'ovariotomie ayant donné 113 morts. (*Trans. of the American Surg. Assoc.*, I, p. 23.) — Deux cas d'onyxis malin et un cas de fissure spasmodique de l'anus guéris par l'iodoforme, par Cavagnis. (*Gaz. med. Ital. Lombardia*, n° 29.)

**Paralysie.** — Contracture pseudo-paralytique infantile, par Onimus. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, sept.) — Deux cas de paralysie pseudo-hypertrophique chez des adultes, par J. Fowler. (*Brit. med. Journ.*, p. 414, mars.) — Sur la paralysie spéciale spasmodique, par Léonardo Bianchi (*Clinica Contemporanea*, 1882.) — De l'hémiplégie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protubérance annulaire, par Rondot. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 29 septembre.) — Etude anatomique et clinique sur la paralysie labio glosso laryngée, par Déjerine (*Arch. de physiol.*, n° 6.) — De la paraplégie intestinale, par R. Bartholow (*Med. News*, p. 607, 1er déc.) — De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale, par Santon. (*Thèse de Paris*, 20 déc.) — Paralysie générale prématurée, par Régis. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 sept.) — Note sur l'apparition de taches purpuriques symétriques dans le cours d'une paralysie agitante, par Raymond. (*Gaz. méd. de Paris*, 15 sept.)

**Parotide.** — Du carcinome de la parotide, par Michaux. (*Thèse de Paris*, 8 déc.)

**Paupière.** — Tuberculose palpébrale chez une enfant, par d'Espine et Haltenhoff. (*Revue médic. Suisse romande*, III, 686, décembre.) — Traitement du trichiasis et de l'entropion par la tarsoplastie, par L. Parant. (In-8°, 91 p., *Lyon.*)

**Peau.** — Epithelioma tubulé de la peau de la région fessière développé aux dépens du corps muqueux de Malpighi, par Babinski. (*Soc. anat.*, 4 mai.)— Note sur un cas d'hypertrophie papilliforme du cuir chevelu, par Hervouet. (*Ann. de Dermat. et de Syphiligr.*, août, p. 421.) — Observation de bouton de Biskra, par Brocq. (*Ann. de Dermat. et de Syphiligr.*, septembre.) — De l'impetigo contagieux ; signes et nature, par Stelwagon. (*Med. News*, 22 décembre.) — De l'emploi de l'antimoine dans certaines

affections de la peau, par MALCOLM MORRIS. (*Brit. med. Journ.*, p. 572, septembre.)— De l'emploi du naphtol dans le traitement des maladies de la peau, par VAN HARLINGEN. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, p. 479.)

**Pellagre.** — Recherches sur le sang des aliénés pellagreux, par J. SEPPILI. (*Archives italiennes de Biologie*, t. II, fasc. 2.)

**Pénis.** — Amputation du pénis pour un epithéliome, par BULL. (*Med. News*, p. 638, 8 décembre.)

**Péricarde.** — Péricardite tuberculeuse, par Alb. MATHIEU. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Péricardite tuberculeuse, épanchement considérable; ponction de péricarde au lieu d'élection de la thoracentèse, par SAPELIER et DARIEZ. (*Gaz. hebdomad.* n° 2, p. 25.) — Péricardite avec épanchement : développement insidieux des symptômes, par John MARTIN. (*Brit. med, Journ.*, p. 1174, juin.)

**Péritoine.** — De la pathologie du péritoine, par MAFFUCCI. (*Il movimento*, novembre.) — Anurie consécutive à une péritonite chronique cancéreuse, par FLEURY. (*Gaz. des hôpit.*, 4 septembre). — De la péritonite cancéreuse, par BRIEGER. (*Charité. Annal. VIII Jahrg*, p. 109.)

**Pharmacologie.** — Abu's Salt, et les simples qu'il employait. Contribution à l'étude de la pharmacopie des Arabes, par STEINSCHNEIDER. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.* Bd. XCIV. Hft. I, p. 28.) — Recherches expérimentales sur l'action du choral, de l'opium et du bromure de potassium, par SYDNEY RINGER et SAINSBURY. (*Brit. med. J.*, p. 451, mars.) — Etude sur la famille des rubiacées à l'île de la Réunion, et en particulier sur le danais fragrans (liane jaune), par R. BOURDON. (*Thèse de pharmacie de Bordeaux*, 17 juillet 1882.) — Etude comparative des teintures alcooliques et des alcoolatures, par A. FRÉBAULT. (*Thèse de Bordeaux*, 19 mars.) — Etude comparative du muguet et de la digitale, par DURIEU. (*Thèse de Bordeaux.*) — Une réaction de l'iodoforme, par BOUMA. (*Cent. f. Chir.*, n° 48.) — Recherches expérimentales sur l'action physiologique et thérapeutique de la cocaïne, par E. MORSELLI et G. BUCCOLA. (*Rendiconte del R. Istituto Lombardo*, série II, vol. XIV, fasc. XVIII-XIX.) — La paraldéhyde, antagoniste de la strychnine, par CERVELLO. (*Arch. per le sc. med.* VII, n° 1.) — Etude expérimentale sur l'action physiologique de l'iodoforme, par RUMMO. (*Arch. de physiol.*, n° 6.) — Note sur quelques expériences relatives à l'action antiseptique des sels de cuivre, par BOCHEFONTAINE. (*Journ. des conn. méd.*, 20 septembre.) — Action du cuivre sur l'économie, histoire d'un atelier et d'un village, par POULÉS et de PIETRA SANTA. (*Acad. des sciences*, 31 déc.) — Recherches sur l'action de la digitale, par SYDNEY RINGER. (*Brit. med. Journ.*, p. 1070, décembre.) — Action physiologique de l'acide phénique, par RUTHERFORD MACPHAIL. (*Edinb. med. J.*, p. 888, avril.) — Résorcine comme antipyrétique, par FURST. (*Wien. med. Presse*, n° 1.) — Les propriétés antiseptiques de l'acide citrique, par H. SCHULZ. (*Deutsche med. Woch.*, n. 27.)

**Pharynx.** — Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par LANGE. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre.) — Traitement local des catarrhes chroniques pharyngo-laryngés avec le crayon de nitrate, par HACK. (*Berlin. klin. Woch*, n° 50, p. 782, 10 décembre.) — Hyperplasie glandulaire de la voûte du pharynx, par SOLIS COHEN. (*Med. News*, 15 déc.) — Nouvelle méthode pour nettoyer la voûte du pharynx, par FAIRFAX WHITNEY. (*New-York med. Record*, 28 avril.) — Végétations adénoïdes du pharynx nasal, par R. WEHMER. (*Der prakt. Arzt.* 2.) — De la pharyngite chronique, par

WILHEM ROTH. (*Vienne.*) — Des névralgies qui accompagnent les maladies du pharynx, par HACK. (*Deutsche med. Woch*, n° 42.) — Opération sur le pharynx, par BERGMANN. (*Deutsche med. Woch*, n° 42.)

**Phlegmon.** — Sur l'anatomie pathologique du phlegmon et en particulier sur le siège des bactéries dans cette affection, par CORNIL. (*Acad. des sciences*, 24 décembre.)

**Pied.** — Du pied-bot varus équin congénital et du traitement le plus favorable, étude théorique et clinique, par CLEMENTE ROMANO. (*Giorn. int. delle scienze med.*, III.) — Nouvelles recherches sur le pied-bot acquis, par ADOLF LORENZ. (*Studgard.*)

**Placenta.** — Traitement du placenta prævia, par JUNGBLUTH. (In-8°, *Leipzig.*) — Deux cas de placenta prævia, par MACKENZIE BOOTH. (*Brit. Journ. of med. Sc.*, p. 810, avril.)

**Plèvre.** — Quelques mots sur la température fébrile dans la pleurésie, par F. LAZERAT. (*Thèse Bordeaux.*) — Mort subite dans la pleurésie, par A. WYNNE FOOT. (*The Dublin Journ. of med. Sc.*, p. 289, août.) — Hemothorax traumatique abondant. Empyème. Guérison, par L. VÉRON. (*Arch. gén. de méd.* mars.) — De la pleurésie purulente traitée par le siphon de Potain avec écoulement constant à l'abri de l'air, par QUEYROI. (*Thèse Bordeaux*, 1882.) — Traitement de l'empyème, par JOHN WARD COUSINS. (*Brit. med. Journ.*, p. 112, juillet.) — Du traitement de l'empyème chronique par des résections de côtes. par MOUTON. (*Thèse de Paris*, 11 déc.) — Deux cas de paracentèse thoracique, par PORCHER. (*Med. News*, 22 déc.) — De l'emploi du trépan dans l'empyème traumatique compliqué de fistule thoracique (perforation d'une côte par une couronne de trépan pour assurer l'écoulement et le libre passage de la canule), par RICHARDSON (*Trans. of the Americ. Surg. Assoc.* I, p. 241.) — Un cas de sarcome primaire de la plèvre, par GREENISH. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XVII, avril.)

**Poumon** — Etudes d'anatomie pathologique, par F. DELAFIELD, t. I, phtisie, pleurésie, bronchite, etc. (Grand in-8° avec planches. *New-York.*) — De l'atélectasie pulmonaire, par LEVISTE. (*Gaz. des hôpit.*, 9 août.) — De la pneumonie contagieuse, par WILLIAM BRUCE. — Note sur une épidémie de pneumonies, par THOMAS RAVEN. (*Brit. med. Journ.*, p. 268-269, août.) — Pneumonie croupale et méningite cérébro-spinale, par GROHÉ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1.) — Existe-t-il une pneumonie primitive lobaire tuberculeuse desquamative ? par HAUWERCE. (*Deutsche med. Woch*, n° 18.) — Un cas de méningite suppurée survenue comme complication dans le cours d'une pneumonie, par BARTH. (*Revue de médecine*, août 1882.) — Des perforations pulmonaires, par HAGHE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sclérose pulmonaire, transformation kystique du sommet du poumon, par J. MAGEE FINNY. (*Dublin Journ. of med. Sc.*, p. 165, février.) — La créosote dans les maladies des voies respiratoires, par PICK. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13.) — Inhalations de poussières salées sèches dans les affections pulmonaires chroniques, par TOBOLD. (*Deutsche med. Woch.*, n° 47.) — Contribution à la chirurgie du poumon, par KACZOROWSKI. (*Deutsche med. Woch.*, n. 29.

**Psoriasis.** — Psoriasis des ongles par HERBERT SMITH. (*Brit. med. J.*, p. 405, mars.) — Contribution à l'étude de la Lepocolla repens, champignon parasite du psoriasis, par Frederico EKLUND. (*Gionale italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, fascic. 2, mars-avril.) — Contribution à l'étude du psoriasis ; son traitement topique par l'acide chrysophanique,

par MANDINAUD. (*Thèse de Bordeaux*, 1882.) — Le traitement du psoriasis, par VAN HARLINGEN. (*Boston med. and surg. Journ.*, 8 nov.)

**Ptomaines.** — Recherches sur les ptomaines et composés analogues, par POUCHET. (*Acad. des sciences*, 31 déc.) — Recherches sur les ptomaines, par J. GUARESCHI et A. MOSSO. (*Archives italiennes de Biologie*, t. II, fasc. 3.) — Recherches sur les ptomaines, par GUARESCHI et MOSSO. (*Arch ital. de Biologie*, t. III, p. 241, mai.)

**Puerpéral (état).** — Discussion sur la fièvre puerpérale (Rien de neuf), par LOMBE ATTHILL, THORNBURN, MORE MADDEN, etc. (*Brit. med. Journ.*, p. 259, août.) — Relation succincte de 12 cas de fièvre puerpérale mortelle dans la clientèle d'une sage-femme, à Wigan, par CROUDSON BARNISH. (*Brit. med. Journ.*, p. 1089, décembre 1882.) — De la fièvre puerpérale et de sa prophylaxie, par JOHN LOWE. (*Edinb. med. Journ.*, p. 296, octobre 1882.) — Cas de septico-pyémie puerpérale terminés par guérison, par BRIEGER. (*Char. Annal.* VIII *Jahrg*, p. 128.) — Thrombose cardiaque dans le cours d'une pleurésie droite puerpérale, par VERGELY. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 30 décembre.) — Infiltration et gangrène des parois abdominales, par suite d'infection puerpérale septique, par M. THIEDE. (*Zeilsch. f. Geburtshulfe und Gynækologie*, VIII, 2.)

**Purpura.** — D'une nouvelle forme de purpura hémorragique chez les nourrissons, par SOMMA. (*Arch. di pat. infant.*, juillet, sept.) — Discussion sur le purpura et sa nature, par Stephen MACKENZIE. (*Brit. med. Journ.*, p. 409, sept.)

**Pyohémie.** — Pyohémie aiguë d'origine urétrale, par WEIR. (*Med. News*, 22 décembre, p. 693.) — Note sur un cas de pyohémie sporadique, par TUFFIER. (*Rev. de chirurgie*, 10 avril.)

## Q

**Quinine.** — De l'action abortive de la quinine, par NEIL MACLEOD (quatre observations. (*Brit. med. Journ.*, p. 352, février.)

## R

**Rachis.** — Atrophie musculaire consécutive à un traumatisme de la colonne vertébrale. Discussion par MAC DONNELL. (*Brit. med. Journ.*, p. 1126, juin.) — Observations cliniques de quelques lésions traumatiques de la colonne vertébrale, par BORLDE. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 11, 1882.) — Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, par LACHAUD. (*Thèse de Paris*, 22 décembre.)

**Rachitisme.** — Des écoles et des instituts pour les enfants rachitiques et difformes en Italie; leur établissement en France, par RENARD. (*Thèse de Paris*, 20 décembre.)

**Rate.** — Abcès spontané de la rate, mort subite, par WEILL. (*Lyon méd.*, 9 décembre.) — Rupture de la rate; mort rapide par hémorragie interne, par PICQUÉ. (*Soc. anat.*, 23 mars.) — Extirpation de la rate. Revue critique, par A. BLUM. (*Arch. gén. de méd.*, juin.)

**Rectum.** — Résection partielle du rectum, guérison, par BARKER. (*Brit. med. Journ.*, p. 6, janvier.) — De la chute du rectum, par ENGLISCH. (*Wien. med. Jahrbücher*, p. 309, 1882.)

**Rein.** — Epithélium vibratil dans le rein de l'homme, par TUTTLE. (*Studies from the biolog. laborat.*, II, n° 4.) — Nouvelle note sur la polyurie, par H. OPPENHEIM. (*Zeitsch. f. klin. Med.* Bd. VI, p. 556.) — Leçon sur l'acide urique et ses rapports avec les calculs rénaux et la gravelle, par A. BARING GARROD. (*Brit. med. Journ.*, p. 495, mars.) — Observation de pyélo-néphrite suppurative, par STAMPACCHIA. (*Il movimento*, novembre.) — Sur un cas d'arteriosclérose avec néphrite interstitielle, par RÜHLE. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre.) — Urémie mécanique et urémie toxique, par LANDOUZY. (*Gaz. des hôpit.*, 29 décembre.) — Sur l'hypertrophie compensatrice des reins, par C. GOLGI. (*Archiv. italiennes de Biologie*, t. II, fasc. 3.) — Sarcome primaire du rein, par BERTRAM WINDLE. (*Journ. of anat. and physiol.*, XVIII, janvier.) — Myxomyome de l'urétère, par CATTANI. (*Arch. per le sc. méd.*, VII, n° 1.) — Myxosarcome du rein gauche, extirpation, par HOMANS. (*Boston med. journ.*, p. 567, 13 décembre.) — De la néphrite déterminée par la compression des uretères dans le cours du cancer de l'utérus, par ARTAUD. (*Gaz. méd. de Paris*, 4 août.) — Dégénérescence kystique du foie et des reins, kyste du ligament large, mort par urémie, par BRUNON (*Soc. anat.*, 25 mai.) — Un cas de rein flottant avec guérison définitive, par Francis HENDERSON. (*Glasg. med. Journ.*, p. 329.) — Du rein flottant, principalement au point de vue étiologique, par SENATOR. (*Charité-annal.* VIII, *Jahrg*, p. 309.) — Contribution au traitement de la néphrite aiguë, par AUFRECHT. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 décembre.) — Le traitement de la maladie de Bright, par C. PURDY. (*Chicago med. Journ. and examiner*, décembre.)

**Résection.** — Note sur la résection sous-périostée de l'articulation huméro-cubitale pour une ostéomyélite fongueuse, par CARLONI. (*Giorn. di med. milit.*, novembre.) — De la résection du coude dans les cas d'ankylose et en particulier de la résection humérale du coude, par MARENGOS. (*Thèse de Lyon*, 17 mars.) — Résection de l'articulation coxo-fémorale pour une coxalgie avec abcès iliaque, par RAFFA. (*Gazz. med. Ital. prov. Venete*, n° 35.) — Ankylose coxo-fémorale en position vicieuse, traitée par la résection du fémur, guérison, par W. GOLDIE. (*Brit. med. journ.*, p. 155, janvier.) — Résection spontanée du genou par accident de chemin de fer, Absence complète de stupeur et de douleur, par ROSE. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 décembre.) — Deux observations de résection du tarse, guérison avec un tableau de 108 cas, par CONNER. (*Trans. of the Americ. surg. Assoc.*, I, p. 285.) — Des excisions du tarse; deux cas, suivis de guérison, d'ablation totale du tarse, par S. CONNER. (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, p. 363.) — Résection de l'épaule et du coude, plusieurs mémoires, par STOKES, MARCH, THOMAS JONES. (*Brit. med. journ.*, p. 905, novembre.) — Nouvelle méthode de faire la résection du genou, par RICHARD DAVY. (*Brit. med. Journ.*, p. 758, octobre.)

**Rétine.** — Histologie de la rétine, par OGNEFF. (*Centrabl. f. die med. Wiss*, n° 45.) — D'une lésion congénitale de la rétine; est-ce une rétinite pigmentaire, par GAYET. (*Arch. d'ophtalm.*, septembre.) — Sur le décollement

expérimental de la rétine, par Boucheron. (*Acad. des Sciences*, 10 décembre.) — Rétinite albuminurique de la grossesse, par Emrys Jones. (*Brit. med. journ.*, p. 712, avril.) — Héméralopie dépendant d'une forme atypique de rétinite, par Dor. (*Arch. d'oph.*, III, n° 6.) — Des différentes variétés des décollements de la rétine et de leur traitement, par Galezowski. (*Rec. d'opht.*, IV, n° 11.) — Du gliome de la rétine, par E. Alvarado, (*Correo méd. castellano*, I, n° 1.) — Des rétinites syphilitiques, par Capon. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — De la rétinite pigmentaire, par Quaglino. (*Ann. di ottalmol.*, XII, p. 372.) — D'une lésion congénitale de la rétine, par Gayet. (*Arch. d'ophtalm.*, septembre-octobre.)

**Rhumatisme.** — Des complications cardiaques dans le rhumatisme articulaire aigu, par Flint. (*Boston med. and surg. journ.*, 25 octobre.) — Nodules cutanés dans le rhumatisme. (*Brit. med. journ.*, p. 866, mai.) — Rhumatisme cérébral traité par les bains froids. Rhumatisme spinal consécutif. Guérison par Goix. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Leçon clinique sur la péliose rhumatismale, par Mac Call Anderson. (*Brit. med. journ.*, p. 1103, juin.) — De l'excrétion de l'uro-hématine dans le rhumatisme et la péricardite aiguë, par Mac Munn. (*Brit. med. journ.*, p. 1060, décembre.) — De l'électricité dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique et d'autres affections articulaires chroniques, par Seeligmüller. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42.)

**Rougeole.** — Note sur une épidémie récente de rougeole en Islande par Charles Paterson. (*Edinb. med. Journ.*, p. 508, décembre 1881.) — Nécrose du maxillaire supérieur et inférieur dans le cours d'une rougeole, par Dufour. (*Gaz. des hôpit.*, 24 novembre 1882.)

## S

**Salivaire (Canal).** — Etude clinique sur le traitement des fistules du canal de Sténon, par E. Martin. (*Rev. de la Suisse romande*, août et sept.) — De l'oblitération congénitale du canal de Wharton dite grenouillette congénitale, par Panas. (*Thèse de Paris*, 11 déc.) — Cancer primitif des glandes sous-maxillaires, par Griffini et Trombetta. (*Arch. per le sc. med.*, VII, n° 1.) — La salive, la sialozymaze et les organismes buccaux chez l'homme, par Béchamp. (*Arch. de physiol.*) — Calcul salivaire et hypertrophie de la boule graisseuse de Bichat, par Berger. (*Gaz. des hôpit.*, 15 nov.)

**Sang.** — Les Italiens et la découverte de la circulation du sang, par H. Tollin. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.* Bd. XCIII, Hft., 1.) — Sur le spectre d'absorption du sang dans la partie violette et ultra-violette, par Soret. (*Acad. des Sciences*, 3 déc.) — Les processus de la coagulation sanguine, par Picot. (*Gaz. hebd. des Soc. méd. de Bordeaux*, 23 déc.) — Sur l'action destructive des cellules hépatiques sur les globules rouges du sang, par Vincenzo Colucci. (*Memorie dell' Academia delle Scienze dell' Istituto di Bologna*, t. III, série IV.) — Recherches expérimentales sur les modifications quantitatives des globules rouges dans la fièvre, par Maissurianz. (*Diss. Dorpat.*, 1882.) — De la crise hématique dans la fièvre intermittente, par Hayem. (*Arch. de physiol.*, n° 6.) — Coup d'œil sur le vésicatoire et la saignée, par Deffernez. (*Bull. de l'Acad. de méd. de*

*Belgique*, n° 5.) — Injection hypodermique de sang, par BAREGGI. (*Arch. per le sc. med.*, III, n° 1.) — Des émissions sanguines dans le traitement des maladies aiguës, par PHILIPPART. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 1.)

**Sarcome.** — Structure du sarcome, par V. BABÈS. (*Centrabl. f. die med. Wiss.*, n° 49.) — Histogenèse et histologie du sarcome, par ACKERMANN. (In-8°, *Leipzig.*) — Sarcome du creux poplité, par MOREL-LAVALLÉE. (*Soc. anat.*, 2 mars.)

**Saturnisme.**—Empoisonnement saturnin par des aliments de conserves (boîtes d'étain), par MAGRUDER. (*Med. News*, 8 sept.) — Un cas d'intoxication saturnine, par LEYDEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13, 1883.) — Le saturnisme chronique et ses relations avec l'albuminurie, par LUBLINSKI. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24.) — 1° Folie hallucinatoire aiguë chez un saturnin, — 2° Epilepsie, hémiplégie, etc., chez un saturnin, par MOELI. (*Charité-Annal. VIII Jahrg.*, p. 538.)

**Scarlatine.** — Durée de l'incubation de la scarlatine, par W. TONGE SMITH. (*Brit. med. Journ.*, p. 150, janv.) — Sur l'activité du pouvoir infectieux du poison scarlatineux pendant le stade de la maladie précédant l'éruption, par LONGHURST. (*Brit. med. Journ.*, p. 207, fév.) — Examen des lambeaux épidermiques chez les scarlatineux et desquamation (présence de micrococcus, altération des noyaux et du protoplasme des cellules épidermiques, par POHL-PINCUS. (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 36.)—Scarlatine compliquée d'une ophtalmie purulente de l'œil droit, par MAC KENDALL. (*Brit. med. Journ.*, p. 1225, juin. — Emploi de l'acide sulfureux comme topique dans l'angine scarlatineuse, par KEITH NORMAN MACDONALD. (*Brit. med. Journ.*, p. 249, fév.)

**Scorbut.** — Relation d'une épidémie de scorbut sur le transport « *la Loire* » par MONFERRAN. (*Thèse de Bordeaux*, 1882.) — Note sur quelques points de l'étiologie du scorbut, par NEALE. (*Brit. med. Journ.*, p. 410, mars.)

**Scrofule.** — Contribution à l'étude de la scrofule sénile, par M. LACOUCHE. (*Thèse de Bordeaux*, 1882.)

**Serpent.** — La morsure de la vipère et le permanganate de potasse, par BADALONI. (*Arch. ed Atti della Soc. di chir.*, I, fasc. 1.)

**Sommeil.** — Mensurations sur la profondeur du sommeil, par MONNINGHOFF et PIESBERGEN. (*Zeitshr. f. Biol.*, XIX, Bd., p. 114.)

**Spina bifida.** — Nouvelle opération pour le spina bifida, par MAYO ROBSON, (*Brit. med. Journ.*, p. 558, mars.)

**Sueur.** — Contribution à la chimie de la sueur. (*Bulletino della R. academia medica di Roma*, 1882, n° 7.)

**Syphilis.** — Précis de pathologie et de thérapeutique des affections vénériennes, par FRIEDRICH WILHELM MÜLLER. (*Leipzig.*) — La prophylaxie des maladies vénériennes en Italie, par BREDA. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, juillet-août.) — Pronostic général de la syphilis, nécessité absolue de protéger contre elle la santé publique, par BARTHÉLEMY. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — De l'albuminurie à la période secondaire de la syphilis, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebd.*, n° 20, p. 329.) — Gommes (pathologie), par E. BESNIER. (*Dict. encycl. des soc. méd.*, 4e série.) — De la syphilis vaccinale, par BERNARD DAUBAS. (*Thèse de Bordeaux.*) — Syphilis héréditaire

tardive; dents syphilitiques, par FOURNIER. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, septembre et octobre.) — Observation de syphilis héréditaire tardive, par BARTHÉLEMY. (*Ibid.*, août.) — Observation type de syphilis héréditaire tardive, par LAVERGNE et PERRIN. (*Ibid.*, août.) — Rachitisme et syphilis, par GIBERT (du Havre). (*Gaz. hebd.*, nos 19 et 21.) — Observation de syphilis cérébrale, par ANDRONICO. (*Giorn. int. di sc. med.*, nov.) — Syphilis cérébrale, par CORRE. (*Arch. méd. navale*, n° 8, p. 150.) — Syphilis bulbo-médullaire précoce, guérison, par E. GAUCHER. (*Revue de médecine*, août 1882.) — Artérite syphilitique précoce des artères de la base du cerveau. Thrombose du tronc basilaire, par GEFFRIER. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, août.) — La kératite interstitielle et la syphilis héréditaire, par PARINAUD. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — Gommes de la sclérotique, par CH. HIGGENS. (*Brit. med. Journ.*, p. 247, fév.) — Des manifestations oculaires de la syphilis héréditaire tardive, par MASSALOUX-LAMONNERIE. (*Thèse de Paris*, 30 nov.) — Etude sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise, par BRUNCHER. (In-4°, *Nancy*.) — Sur une cause de surdité (syphilome cérébral à l'origine des nerfs crâniens), par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 2 déc.) — De la dactylite syphilitique, par PACHER. (*Thèse de Trévise*.) — Rétrécissement syphilitique du rectum, par BERGER. (*Gaz. des hôpit.*, 4 décembre.)

## T

**Tabac.** — Des troubles visuels consécutifs à l'abus du tabac, par GALEZOWSKI, (*Rec. d'opht.*, IV, n° 11.)

**Tænia.** — Contribution à l'embryogénie du bothriocéphale, par MAX BRAUN. (*Wurzbourg.*) — Tænia solium. Accidents hépatiques ressemblant au début d'une cirrhose et rapidement amendés après l'expulsion de l'helminthe. par N. LETULLE. (*Revue de médecine*, p. 439, 1882.)

**Teigne.** — Contribution à l'érythème tricophytique (tricophyton géant), par BALZER. (*Arch. de phys.*) — Des principales applications de l'acide acétique. L'acide pyroligneux dans le traitement de la teigne tondante et de quelques autres affections cutanées, par MONIQUE. (*Thèse de Paris*, 24 décembre.)

**Température.** — La chaleur animale et son équivalent mécanique, par D. VALIN. (*Chicago med. journ. and examiner*, septembre.)

**Tendon.** — Réflexes tendineux, par LUZZATTO. (*Gazz. med. Ital. prov. Venete*, n° 33.) — Inflammation des gaines des tendons des fléchisseurs de la main ; guérison par compression, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôpit.*, 27 décembre.)

**Testicule.** — Cure radicale de l'hydrocèle par la méthode de l'incision avec les précautions antiseptiques, par E. LABADIE. (*Thèse de Bordeaux*, 1882.) — Observation du testicule arrêté au périnée compliqué d'une hernie inguinale congénitale et d'une orchite aiguë, par Alex WILLIAMS. (*Brit. med. Journ.*, p. 118, juillet.) — De la tuberculose testiculaire, par RICHET. (*Gaz. des hôpit.*, 14 août.)

**Tétanos.** — Le traitement du tétanos, par DE VILLENEUVE. (*Le concours méd.*, 29 décembre.) — Tétanos des nouveau-nés traité avec succès par le bromure de potassium, par HOLT. (*Boston med. and surg. Journ.*, 18 octobre.)

**Thérapeutique.** — Possédons-nous des moyens thérapeutiques démontrés expérimentalement capables de modifier le processus local de l'inflammation, par NANCREDE. (*Trans. of the americ. surg. assoc.*, I, p. 185.) — Manuel de thérapeutique et de pharmacologie, par P. RODET. (In-18, p. 730, *Paris.*) — Note sur les propriétés thérapeutiques de l'érythrina corallodendron, par P. REY. (*Ann. méd. psych.*, septembre.) — Usages du cascara sagrada dans la constipation, par ROGERS. (*Med. News*, 10 novembre.) — Le naphtol, ses usages médicaux, par SHOEMAKER. (*Boston med. and surg. Journ*,, 8 novembre.)

**Thorax.** — Contribution à l'étude des tumeurs du médiastin. (Deux observations), par PAUL LIBORIUS. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Bd. XCIII, Heft 3.) — Côte cervicale, et côte dite tricipitale chez l'homme; ses rapports avec une disposition correspondante chez les cétacés, par TURNER. (*Journ. of anat. and physiol.*, Bd., XVII, avril.)

**Thyroïde.** — Traitement médical du goître, par SCHMIDT (irrigation contiguë et iodure de potassium) HELLER, LIPPERT, THIEL, BETZ. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 décembre.) — Récidive du goître après extirpation du corps thyroïde chez un enfant de 7 ans (sans détails), par F. BOREL. (*Revue médic. Suisse romande*, III, 685, décembre.) — Pathogénie des troubles de la voix, après l'extirpation du corps thyroïde, par J.-L. REVERDIN (action directe de l'acide phénique sur les récurrents). (*Revue médic. Suisse romande*, III, p. 686, décembre.) — Goître plongeant parenchymateux et kystique; extirpation; hémorragies; mort, par PAZZI. (*Gaz. méd. de Paris*, 27 octobre.) — Excision d'un large goître, avec trachéotomie préalable, par BENNETT. (*Brit. med. Journ.*, p. 1227, juin.) — De l'extirpation du corps thyroïde, par LE BEC. (*Arch. gén. de méd.*, août-septembre.) — Sur trois cas de thyroïdectomie, par HICGUET. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, XVII, n° 9.)

**Trachée.** — Corps étrangers de la trachée, par RAFFA. (*Gazz. med. Ital. prov. Venete.*, n° 27.) — Des indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngienne, par GOUGUENHEIM. (*Ann. des mal. du larynx*, novembre.) — Des suites de la trachéotomie persistant après la cicatrisation de la plaie trachéale, par MAXWELL ROSS. (*Edinb. med. Journ.*, p. 786, mars.) — Des hémorragies consécutives. La trachéotomie dans le croup, par Franz ZIMMERLIN. (*Thèse, Bâle*, 1882.) — Trachéotomie, granulome, ablation tardive de la canule, par ROGIVUE et E. DE LA HARPE. (*Revue méd. de la Suisse romande*, III, p. 610.) — Rejet des liquides par la plaie trachéale à la suite de la trachéotomie, par LALESQUE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 août.)

**Trichinose.** — Rapport sur l'importation des viandes de porc salées de provenance américaine, par BOULEY. (*Rec. des trav. du comité d'hygiène.*) — L'épidémie de trichinose d'Emersleben, par E. VALLIN. (*Rev. d'hyg.*, V, p. 969, décembre.)

**Tuberculose.** — Leçon sur le bacillus de la tuberculose et la phtisie, par Henry GREEN. (*Brit. med. Journ.*, p. 193, février.) — Les idées modernes sur la phtisie, par SENNI. (*Il movimento med.*, n° 4.) — Les nouvelles considérations sur la nature de la tuberculose, par MARCHAND. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15.) — De la recherche du bacillus de la tuberculose dans les crachats, par SCHILL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 2.) — Recherches expérimentales sur la contagion de la tuberculose par les inhalations de crachats de phtisiques et sur quelques moyens prophylactiques proposés par C. LAJOUE. (*Thèse de Nancy.*) — Présence du bacille de la tuberculose dans un abcès périanal, par R. SMITH. (*Brit. med. journ.*, p. 1282, juin.) — Bacilles

tuberculeux dans les urines, par ROSENSTEIN. (*Centralblat für med. Wiss.*, n° 5.) — Transmissibilité de la phtisie. (*Soc. méd. de Cambridge.*) (*Brit. med. Journ.*, p. 415, mars.) — La contagiosité du tubercule et ses conséquences cliniques, par WARLOMONT. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, XVII, n° 9.) — Observation de tuberculose généralisée consécutive à la fièvre typhoïde, par LYMAN. (*Boston méd. Journ.*, 27 décembre.) — Tuberculose de l'iris produite chez un lapin par inoculation dans la chambre antérieure de l'œil de matières provenant de la pommelière, par MARCHAND. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 novembre.) — De la tuberculose au cours de la fièvre typhoïde, par CHOLLET. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — De la tuberculose infiltrée chez les enfants, par A. BAGINSKY. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre.) — Sur les débuts cérébraux précoces de la tuberculose chez l'adulte, par G. DAREMBERG. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — De la tuberculose au point de vue chirurgical, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôpit.*, 13 décembre.) De la métrite chez les tuberculeuses, par LEPLICHEY. (*Thèse de Paris*, 20 décembre.) — Traitement de la phtisie par des inhalations d'iodoforme, par DRESCHFELD. (*Brit. med. Journ.*, p. 817, avril.) — Du traitement de la phtisie. Notes d'un voyage de printemps, par L. ROHDEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24.) — La tuberculose produite par les crachats pulvérisés, par Louis BROSE. (*The med. Record*, novembre.) — De la prophylaxie de la tuberculose, étude d'hygiène et expérimentale, par A. CELLI et G. GUARNIERI. (*Gaz. degli ospitali*, n° 56.) — Notes cliniques sur l'importance diagnostique du bacille de la tuberculose, par G. MYA. (*Gaz. degli ospitali*, n° 56.) — De la contagiosité de la tuberculose, revue du Dr Vincent NAPOLITANI. (*Riv. intern. di med. e chir.*, p. 3.) — De l'infection de la muqueuse intestinale par les crachats tuberculeux qu'avaient les idiots, par MOSLER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 50.) — Traitement de la tuberculose par l'arsenic. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34.) — Des inhalations méthodiques d'oxygène chimiquement pur contre la tuberculose, par ALBRECHT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29.)

**Typhoïde.** — Analogies et différences entre la fièvre typhoïde de l'homme et les affections typhoïdes des solipèdes, par A. LABAT. (*Thèse Bordeaux.*) — La fièvre typhoïde, des causes, son traitement et sa prophylaxie, par H. BOENS. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 2.) — Notes statistiques et cliniques sur les cas de fièvre typhoïde traités à la clinique de Freiburg in B. du 1er octobre 1876 au 31 décembre 1881. (*D. Arch. f. klin. Med.* Bd. XCIII, Heft, 3 avril, p. 4.) — Les observations de fièvre typhoïde à Berlin pendant les années 1879-1881, par Jos. KUGLER. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Bd. XCIV, Heft 2, p. 290.)— Remarques sur 31 cas de fièvre typhoïde traités à l'hôpital Saint-Thomas, pendant la dernière année, par SEYMOUR. (*St-Thomas's Hosp. Rep.*, XI, p. 91.) — La fièvre typhoïde à Berlin pendant l'année 1881, par WERNICH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 2.) — Influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse et réciproquement, par SAVIDAN. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Observation d'un cas de fièvre typhoïde traité à Madras, montrant que la maladie évolue comme dans nos climats, et sans mélange d'impaludisme, contrairement aux assertions du Dr Gordon, par HENRY KING. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 1, janvier.) — Du tympanisme abdominal dans la fièvre typhoïde, par MALGAT. (*Thèse Bordeaux.*) — Fièvre typhoïde. Ictère grave. Mort. Atrophie jaune aiguë du foie, par CH. SABOURIN. (*Revue de médecine*, 1882, p. 600.)— De quelques cas d'épistaxis critiques dans la fièvre typhoïde, par GAUVIN. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.) — De la péritonite par perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde, par DUCASSE. (*Thèse de Paris*, 29 novembre.) — Fièvre typhoïde, avortement au 3e mois, mort,

par Fisher. (*Med. News*, p. 523, 10 novembre.) — La fièvre typhoïde et les bains froids à Paris, par Magnan. (*Thèse de Lyon.*)

## U

**Ulcère.** — De l'étiologie des ulcères de jambe, par Boudet. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — Mal perforant, par Monod. (*Gaz. des hôpit.*, 16 oct.)

**Urètre.** — Des écoulements purulents de l'urètre d'origine non blennorragique, par Tom Robinson. (*Brit. med.*, p. 203, fév.) — Note sur un cas de calculs extra-urétraux chez la femme, par Giraud. (*Marseille méd.*, août.) — 19 opérations d'urétrotomie interne avec remarques, par Tilden. (*Boston med. and surg. journ.*, 25 oct.)

**Urine.** — De l'hémialbumose dans l'urine, par W. Khune. (*Zeitshr. f. Biol.*, Bd., XIX, p. 209.) — Les changements de forme de l'acide urique, par J. Colasanti. (*Arch. ital. de biologie*, t. 17, fév.) — Sur l'origine de l'acide hippurique dans l'urine, par Schotten. (*Zeitschrift für physiologisch. Chemie*, t. 8, p. 60.) — Recherches cliniques et expérimentales sur les variations de l'urée sous l'influence des maladies du foie, de l'intestin et du péritoine (domaine de la veine porte) des altérations des reins, de l'état fébrile, du travail musculaire, de l'alcool, des éléments d'épargne, etc., par Darier. (*Thèse de Paris.*) — Étude sur les substances qui forment l'indigo dans l'urine, par Georg Hoppe-Seiler (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, t. 8, p. 79.)— De certains principes toxiques de l'urine, par Dupard. (In-8°, *Lyon.*) — Sur une substance toxique de l'urine, par Schiffer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 16.) — Incontinence nocturne d'urine chez un garçon de 15 ans, guéri par les courants continus, par Julius Althaus. (*Brit. med. Journ.*, p. 184, janv.) — Deux cas d'abcès urineux suivis de fistules périnéales, section du périnée, guérison, par Bowreman Jessett. (*Brit. med. Journ.*, p. 760, oct.) — Des divers procédés de déceler l'albumine dans l'urine, par G. Johnson. (*Brit. med. journ.*, p. 1105, déc.)

**Utérus.** — Recherches expérimentales sur la circulation utéro-placentaire, par J. Pyle. (*Thèse de l'Univers. de Pensylvanie. London med. Record.* 15 oct.) — Étude physiologique et pathologique sur l'électrisation et la contractilité de la matrice, par Onimus. (*Arch. gén de méd.*, juin.) — Contribution à l'étude de l'étiologie de l'inversion utérine d'origine puerpérale, par Camillo Fuerst de Vienne. (*Arch. fur Gynäkologie*, XX, 3 H.) — De la rétroversion de l'utérus au point de vue de la stérilité acquise, par Gachassin. (*Thèse de Paris.*)— Phlegmon du ligament large droit, par Prioleau. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov.) — Étude des tumeurs conjonctives primitives des ligaments de l'utérus, particulièrement du ligament rond, par Sanger. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — De l'hématocèle rétro-utérine, par G. Mayer. (*Charité Annal.*, VIII, *Jahrg.*, p. 326, 11 obs.) — Cas d'utérus bicorne avec formation d'un ligament rectovésical, par Dalla Rosa. (*Zeitschr. f. Heilk.*, Bd. IV, Heft., 2, 1883.)— Utérus bicorne la corne gauche ne communiquant pas avec le vagin et distendue par le sang menstruel, extirpation de l'utérus des trompes et des ovaires, guérison par Homans. (*Boston med. and surg. journ.*, 8 nov.) — Contribution à la technique opératoire de l'ablation de l'utérus par le vagin, pince pour saisir le fond de l'utérus, par Brenneke. (*Cent. f. Gynäk.*, n° 48.)— Large

fibromyome interstitiel du corps de l'utérus, énucléation, guérison par Otto Engström. (*Finska lakar. handlingar*, XXVI, n° 6.) — Sept cas d'hystérectomie pour de volumineux fibromes utérins, guérison par Skene Keith (*Brit. med. journ.*, 10 janv.) — Extirpation totale de l'utérus par le vagin, par Demons. (*Arch. de méd.*, sept.) — Extirpation totale ou partielle de l'utérus cancéreux par J. Wallace. (*Brit. med.*, p. 519, sept.) — Extirpation d'un utérus cancéreux par le vagin, par Goodell. (*Med. news.*, p. 694, 22 déc.) — Du carcinome du corps de l'utérus, par Veit. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1.)— Ablation des ovaires, de l'utérus chez une femme de 40 ans souffrant de métrorragies profuses dues à un petit fibrome, par Page. (*Brit. med. Journ.*, p. 1282, déc.) — De l'hystérectomie susvaginale, par Thomas Keith. (*Brit. med. Journ.*, p. 1116, déc.)

## V

**Vaccin.** — Des vaccinides secondaires (éruptions vaccinales généralisées) et des dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination, par Dauchez. (*Thèse de Paris*, 10 déc.)

**Veine.** — Micrococcus dans les viscères chez un nouveau-né atteint de phlébite ombilicale, par Aufrecht. (*Centralb. f. med. Wiss.*, n° 16.)—Mort subite par entrée de l'air dans les veines utérines, par Draper, discus. (*Boston med. Journ.*, p. 516, 29 nov.) — De l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations, par Frederik Treves. (*Brit. med. Journ.*, p. 1278, juin.) — De la dénudation des veines, par Verdier. (*Thèse de Paris*, 27 déc.) — Cas d'oblitération de la veine porte (pyléphlébite adhésive), par W. Osler. (*Journ. of anat. and physiology*, XVI.)

**Vessie.** — Prophylaxie et traitement de la cystite des femmes, par Küstner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20.) — Cystite chronique rebelle. Cystotomie. Guérison, par Duplay. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Hématurie datant de trois ans, causée probablement par une tumeur villeuse du fond de la vessie, par Ashhurst. (*Med. News*, 10 nov.) — Douze cas de tumeurs de la vessie accompagnées d'opération, par Henri Thompson. (*Brit. med. Journ.*, p. 1179, juin.) — Epithéliome de la vessie, par Brodeur. (*Soc. anatom.*, 4 mai.) — Rupture de la vessie chez une femme pendant un avortement, par Lawrie Gentles. (*Brit. med. Journ.*, p. 8, janv.)

**Vin.** — Sur la présence de l'arsenic dans certains vins en l'absence de matière colorante étrangère, par Barthélemy. (*Acad. des sciences*, 1er oct.)

**Vision.** — Nouvelles recherches sur la perception des différences de clarté, par Aug. Charpentier. (*Acad. des sciences*, 10 déc.)

**Vitré (Corps).** — Un cas de cysticerque du corps vitré, par G. Souquières. (*Lyon méd.*, 11 nov.)

**Vulve.** — Vice de conformation rare (appareil glandiforme avec prépuce au niveau de la grande lèvre gauche chez une femme d'ailleurs bien conformée), par Wolff. (*Charité-Annal. VIII Jahrg.*, p. 322.) — Cancroïde de la vulve, par Sorbets. (*Gaz. des hopit.*, 6 déc.)

LIBRARY INSTITUTE